

Helse, livskvalitet og levekår blant seksuelle minoriteter i Oslo

Resultater om lhb+-personer fra
Folkehelseundersøkelsen i Oslo
2024



Denne rapporten er utgitt av Helseetaten, Oslo kommune.
September 2026.

Rapporten er tilgjengelig fra
<https://www.oslo.kommune.no/statistikk/>

ISBN: 978-82-91332-26-0

Rapporten er utarbeidet av seksjon for analyse og seksjon for psykisk helse og avhengighet, folkehelse- og omsorgsavdelingen. Organisasjonene FRI og Skeiv verden har bidratt i en referansegruppe i skriving av rapporten.

Henvendelser om rapporten kan rettes til analysesjef Arne Jensen.

Forsidefoto: Olav Helland, Oslo kommune

Forord

I det nasjonale folkehelsearbeidet er ett av hovedmålene å utjevne sosiale forskjeller i helse og livskvalitet. Måloppnåelse og virkemiddelbruk krever et solid kunnskapsgrunnlag, og en regelmessig innsamling av god og pålitelig informasjon om ulike grupper i befolkningen er avgjørende.

Denne temarapporten bidrar til å styrke kunnskapsgrunnlaget om helse, livskvalitet og levekår blant lhb+-personer i Oslo. Rapporten tar utgangspunkt i analyser av data fra Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024. Den er relevant for alle som jobber med systematisk folkehelsearbeid, både i Oslo og på nasjonalt nivå. Rapporten er også relevant for beslutningstakere, fagmiljøer, ansatte i innbyggerrettede tjenester som arbeider med skeiv helse, levekår og likeverdige tjenester i Oslo.

Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 ble gjennomført av Oslo kommune v/Helseetaten i samarbeid med Folkehelseinstituttet. Byrådsavdeling for helse i Oslo kommune er oppdragsgiver og har finansiert undersøkelsen. I tillegg bidro Helsedirektoratet, Integrerings- og Mangfoldsdirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet og Program for folkehelsearbeid, med finansiering knyttet til kommunikasjonstiltak blant utvalgte innbyggergrupper og en særskilt satsning på rekruttering av innbyggere i Groruddalen.

Organisasjonene FRI Oslo og Viken og Skeiv Verden har deltatt i en referansegruppe i arbeidet med rapporten. Vi ønsker å takke begge organisasjoner for et godt samarbeid, og for gode og konstruktive tilbakemeldinger. Vi vil også takke gode kolleger som har kvalitetssikret innholdet og bidratt med korrekturlesing.

Helseetaten, 25 september 2026

Anna Kaarina Ryymin
Etatsdirektør

Sammendrag

Bakgrunn og formål

Denne rapporten presenterer tall på helse, livskvalitet og levekår blant lesbiske, homofile, bifile og flere andre seksuelle minoriteter (lhb+) i Oslo. Rapporten tar utgangspunkt i data fra Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024, og bidrar til kunnskapsbasert folkehelsearbeid og tjenesteutvikling i kommunen.

I alt 22 414 personer svarte på spørsmål om seksuell orientering. Av disse oppga 8 prosent av kvinner og 10 prosent av menn å være lhb+.

Hovedfunn

Undersøkelsen viser at mange lhb+-personer i Oslo lever gode liv med god helse. Flertallet vurderer egen helse som god, og en betydelig andel rapporterer høy livstilfredshet. De fleste er i arbeid og på flere områder – som sosial støtte, tillit og trygghet i nærmiljøet – ligger nivåene nær det som observeres blant ikke-lhb+-personer. Lesbiske kvinner og homofile menn skårer likt som heterofile på flere indikatorer. I tillegg finner vi at helsen og levekårene bedres med alderen, og blant de eldste er forskjellene mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer små.

Samtidig viser rapporten tydelige forskjeller blant flere lhb+-grupper. Unge voksne har gjennomgående dårligere helse og levekår enn eldre, med høy forekomst av psykiske plager, lav livstilfredshet, ensomhet og udekket behov for psykiske helsetjenester. De oppga også lavere helsekompetanse og større økonomisk utrygghet. Blant de aller yngste (18–29 år) er forskjellene mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer store. For eksempel rapporterte 58 prosent av lhb+-personer i denne aldersgruppen psykiske plager, som er 24 prosentpoeng høyere enn blant ikke-lhb+-personer i samme aldersgruppe (34 %).

En annen gruppe med større utfordringer er bi/panfile. I alt 53 prosent av bi/panfile hadde god egenvurdert helse. Blant heterofile er andelen 72 prosent. En større andel bi/panfile svarte også å ha store aktivitetsbegrensninger, langvarige søvnplager, bruk av og udekket behov for psykiske helsetjenester og ensomhet sammenlignet med heterofile, og de skåret også lavere på livstilfredshet og helsekompetanse.

Lhb+-personer med funksjonshindringer var den gruppen med størst utfordringer i rapporten. De hadde dårligere helse, lavere livstilfredshet, lavere helsekompetanse, samt større økonomiske og sosiale levekårsutfordringer. Også enslige og enke/enkemenn og personer med lavere utdanning og de fra landgruppe 2 kom dårligere ut på flere områder.

I rapporten finner vi også at forhold som helsekompetanse, tilgang på helsetjenester, sosiale forhold som ensomhet og økonomiske levekår henger tett sammen med lhb+-personers helse og livskvalitet. Vi kan ikke si hva som er årsak og hva som er virkning, men vi ser tydelige sammenhenger.

Konklusjon

Rapporten viser at lhb+-personer i Oslo er en mangfoldig gruppe. Mange opplever god helse, trygghet, tillit og deltagelse, samtidig som at enkelte grupper kommer dårligere ut på flere områder. Dette gjelder særlig unge voksne, bi/panfile, funksjonshindrede og enslige. Kommunen bør derfor ta høyde for mangfoldet i den skeive befolkningen i folkehelsearbeid og tjenesteutvikling, styrke det som fungerer, og bidra til å redusere barrierer som kan påvirke helse, levekår og tilgang til tjenester.

Abstract

Background and purpose

This report presents results on the health, quality of life and living conditions among lesbians, gays, bisexuals, and other non-heterosexual orientations (LHB+) in Oslo, based on data from the Oslo Public Health Survey 2024. The new local knowledge serves as a foundation for targeted public health initiatives and service development in the city.

A total of 22,414 people responded to questions of sexual orientation. Of those, 8 per cent of women and 10 per cent of men reported being LHB+.

Key findings

The results show that many LHB+ people in Oslo have good health, high quality of life and sufficient living conditions. The majority of LHB+-people rate their health as good or very good, and many have high levels of life satisfaction. About 80 percent are employed and, across several areas – such as social support, trust and perceived safety in the local neighborhood – the rates are close to those observed among non-LHB+ people. On many indicators, lesbian women and gay men score similarly as heterosexuals. In addition, we find that health and living conditions improve with age, and in older age groups the differences between LHB+ and non-LHB+ individuals are small.

At the same time, the report reveals substantial differences within the LHB+ group. Young adults have generally poorer health and living conditions than older people, with high prevalences of mental health problems, low life satisfaction, loneliness, and unmet needs for mental health services. They also report lower health literacy and greater financial insecurity. Among the youngest group (aged 18–29), the differences between LHB+ and non-LHB+ individuals are substantial. For example, 58 per cent of LHB+ individuals in this age group reported mental health problems, which is 24 percentage points higher than among non-LHB+ individuals in the same age group (34%).

Another group facing greater challenges is bi/pansexual individuals. Overall, 53 percent of bi/pansexuals rate their health as good, whereas the rate among heterosexuals is 72 percent. Bi/pansexuals also have higher rates of activity limitations, mental distress, long-term sleep problems, use of and unmet need for mental health services, and loneliness compared with heterosexual individuals, as well as lower scores on life satisfaction and general health literacy.

LHB+ individuals with disabilities were the group facing the greatest challenges in the report. They reported poorer health, lower life satisfaction, lower health literacy, and greater economic and social disadvantages. Single individuals, widows and widowers, and those with lower levels of education and people with country background from countries outside EU/EFTA, USA, Canada, New Zealand and Australia countries also scored worse on several indicators.

The report also shows that factors such as health literacy, access to healthcare services, social conditions such as loneliness, and economic circumstances are closely linked to the health and

quality of life among LHB+ individuals. We can only describe associations, not determine what is cause and effect.

Conclusion

The LHB+-population represents a heterogeneous population, and certain subgroups face greater risk of poor health, reduced quality of life and lower living conditions. These findings emphasize the need for targeted and combined public health measures that address the specific needs and challenges in the LHB+-community. By doing this, barriers that contribute to disparities in health and quality of life can be reduced.

Innhold

1	Innledning	9
1.1	Bakgrunn og formål	9
1.2	Begreper brukt i rapporten og definisjoner	10
1.3	Rapportens oppbygning	11
2	Om datagrunnlaget.....	13
2.1	Utvalg og metode	13
2.2	Målinger og variabler	13
2.3	Analyser	16
2.4	Viktige forbehold i tolkning av resultater	17
3	Seksuell orientering i Oslo	19
3.1	Svar på spørsmål om seksuell orientering	19
3.2	Hvor mange oppgir å være lhb+?	19
3.3	Lhb+-personer er yngre, og flere er bosatt i indre Oslo by.....	20
4	Helse og livskvalitet	22
4.1	Egenvurdert helse	23
4.2	Store aktivitetsbegrensninger	26
4.3	Psykiske plager	29
4.4	Langvarige søvnplager (insomni)	32
4.5	Livstilfredshet	35
4.6	Faktorer som henger sammen med helse og livskvalitet.....	40
5	Bruk og udekket behov for helsetjenester	41
5.1	Måling av bruk og udekket behov for helsetjenester	41
5.2	Bruk av helsetjenester	42
5.3	Udekket behov for helsetjenester	47
5.4	Udekket behov for helsetjenester henger sammen med lhb+-personers helse og livskvalitet	52
6	Helsekompetanse	54
6.1	Måling av helsekompetanse	54
6.2	Lavere helsekompetanse blant lhb+-personer	55
6.3	Forskjellen drives av lavere helsekompetanse blant bi/panfile	55
6.4	Helsekompetansen øker jevnt med alder	56
6.5	Forskjeller i flere grupper	57

6.6	Helsekompetanse henger sammen med bedre helse, høyere livskvalitet og mindre udekket behov for helsetjenester	57
6.7	Analysearbeid fremover	59
7	Ensomhet og sosialt fellesskap	60
7.1	Ensomhet	61
7.2	Sosial støtte	65
7.3	Tillit til andre	70
7.4	Trygghet i nærmiljøet	76
8	Materielle og økonomiske levekår	81
8.1	Arbeidsdeltakelse	81
8.2	Økonomisk trygghet	86
8.3	Bolig og boforhold	94
9	Oppsummering og diskusjon	99
9.1	Overordnede funn	99
9.2	Sammenlignet med tidligere undersøkelser	99
9.3	Forskjeller etter seksuell orientering og kjønn	101
9.4	Aldersforskjeller	101
9.5	Forskjeller etter utdanning	101
9.6	Forskjeller etter sivilstatus	102
9.7	Forskjeller etter innvandrerbakgrunn	102
9.8	Forskjeller på tvers av bydeler	103
9.9	Forskjeller etter funksjonshindring	104
9.10	Anbefalinger	104
	Referanser	106
	Vedlegg 1. Forklaring av statistiske begreper og analyser	113
9.11	Vekting	113
9.12	Konfidensintervaller og statistisk signifikans	113
9.13	Justering	113
9.14	Regresjonsanalyser	114
10	Vedlegg 2. Beskrivelse av utvalget, etter kjønn og seksuell orientering	115
11	Vedlegg 3. Resultater fra analyser i Kapittel 4–8	119

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) anslår at mellom 5 og 12 prosent av Norges befolkning identifiserer seg som skeiv eller ikke-heterofil (1). I gruppen er det flere unge enn eldre, og flere kvinner enn menn (2). Andelen som identifiserer seg som skeiv har økt de siste 15 årene. Det gjelder særlig ungdom og unge voksne (1). Dette peker på en utvikling der synlighet og muligheten til å uttrykke sin seksuelle orientering åpent har endret seg mye i løpet av kort tid.

De fleste skeive i Norge lever gode og meningsfulle liv, og mange rapporterer høy livskvalitet (2-4), god helse (2,4) og støtte fra familie, venner og lokalsamfunn (3,4). Bufdir sine holdningsundersøkelser viser at sosial aksept for skeive har økt betydelig de siste tiårene, og at stadig flere oppgir positive holdninger til at skeive-personer kan leve åpent og fritt i Norge (5). I nyere tid har Norge også innført et bredere juridisk vern mot diskriminering på grunn av seksuell orientering og kjønnsidentitet (6). Denne utviklingen viser at rettigheter, synlighet og sosial aksept har endret skeives posisjon i samfunnet.

Samtidig møter skeive fortsatt utfordringer i hverdagen, blant annet knyttet til åpenhet, diskriminering, hatefulle ytringer og utenforskap (7). I undersøkelser svarer hver sjuende lhb+-person i Norge at de årlig blir utsatt for minst én hendelse av diskriminering, hatefulle ytringer eller hatkriminalitet (8,9). Terrorangrepet mot skeive i Oslo sentrum i juni 2022 (10), og senere hendelser og debatter knyttet til vold, regnbueflagg og Pride-markeringer (11) illustrerer hvordan skeives trygghet og synlighet fortsatt kan utfordres i norsk kontekst. Samtidig bør situasjonen ses i lys av en bredere internasjonal tendens i tilknytning til økt politisk polarisering og tilbakeslag mot skeives rettigheter (12).

Flere nasjonale undersøkelser har vist at seksuelle minoriteter i Norge oftere rapporterer dårligere helse (2,4), flere psykiske plager (4,13) og lavere livskvalitet enn heterofile (3,4). Mange rapporterer også om levekårsutfordringer som diskriminering, nedsettende og hatefulle ytringer (4,8). I tillegg viser forskning at enkelte skeive grupper kan oppleve sosial marginalisering og utenforskap (14,15), og at skeive kan møte barrierer i kontakt med helsetjenestene (16).

Det er viktig å understreke at forskjeller i helse og livsvilkår ikke skyldes seksuell orientering i seg selv. Forskjellene henger i stedet sammen med forhold rundt personen, som diskriminering, utrygghet, manglende tilhørighet og barrierer i samfunnet og i tjenestene. Et interseksjonelt perspektiv tydeliggjør at flere forhold kan virke sammen med blant annet kjønn, alder, innvandrerbakgrunn, og økonomi (7), og bidra til ulike erfaringer med helse, diskriminering og

felleskap (17). I tillegg viser forskning på minoritetsstress^{1 2} at forventet eller erfart stigma over tid kan påvirke psykisk helse negativt (18), selv der juridisk vern og formelle rettigheter er på plass. Enkelte grupper, som skeive med innvandrerbakgrunn, kan oppleve marginalisering både i majoritetssamfunnet og innenfor skeive fellesskap (15).

De fleste undersøkelser blant skeive har til nå inkludert utvalg av skeive fra hele Norge (2–4,13). Et særskilt kunnskapshull har imidlertid vært hvordan situasjonen ser ut i Oslo. Oslo har et av landets største skeive miljøer (3) og er en viktig innflytterkommune. Byen har også en sammensatt befolkning når det gjelder alder, innvandrerbakgrunn og levekår (19). Skeive opplever gjerne større frihet og mulighet til å leve åpent i byer enn i mindre lokalsamfunn (20). De opplever også byer som mer inkluderende (20), og forskningen viser at ikke-heterofile ofte flytter til mer sentrale områder (21), blant annet for å finne større aksept og fellesskap (7,22). Oslo er også målt til å være en av Europas mest inkluderende byer for lhb+-personer å bo og leve i (23). Samlet gjør dette Oslo til en viktig kontekst for å undersøke helse, livskvalitet og levekår blant lhb+-personer lokalt.

Denne rapporten tar utgangspunkt i data fra Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024, som inkluderer et stort, representativt utvalg av voksne 18 år og eldre i Oslo. Datagrunnlaget gjør det mulig å beskrive helse, livskvalitet og levekår blant lhb+-personer. Vi analyserer også hvordan disse varierer etter kjennetegn som alder, kjønn, innvandrerbakgrunn og funksjonshindring, og hvilke faktorer som henger sammen med helse og livskvalitet. Kunnskapen er relevant for både lokalt og nasjonalt folkehelsearbeid, og for Oslo kommunes arbeid med likeverdige tjenester, inkluderende lokalsamfunn, trygge møteplasser og forebygging av utenforskap.

1.2 Begreper brukt i rapporten og definisjoner

Seksuell orientering handler om hvem en person blir forelsket i og tiltrukket av, og hvem de ønsker å være sammen med. Begrepet beskriver tiltrekning og identitet, ikke seksuelle praksiser. Noen bruker ordet legning, men i denne rapporten bruker vi seksuell orientering fordi begrepet åpner for variasjon og ulike måter å beskrive seg selv på.

Lhb+-personer er i rapporten brukt som samlebetegnelse for personer som har oppgitt at de er lesbiske, homofile, bifile, panfile og annen ikke-heterofil orientering (se faktaboks med beskrivelse på neste side).

Skeiv brukes som et bredt paraplybegrep for personer som på ulike måter tilhører kjønns- og seksualitetsmangfoldet. I denne rapporten brukes begrepet særlig når vi omtaler feltet bredt, tidligere forskning eller skeive miljøer. Når vi omtaler resultatene fra Folkehelseundersøkelsen i

¹ Minoritetsstress viser til den ekstra belastningen som kan oppstå når personer i minoritetsposisjoner møter stigma, fordommer, diskriminering eller forventning om avviking. I denne rapporten brukes begrepet særlig om belastninger knyttet til å bryte normer for kjønn og seksualitet. Se Meyer (2003).

Oslo 2024, bruker vi lhb+ fordi analysene i rapporten bygger på spørsmål om seksuell orientering.

Annen seksuell orientering brukes i denne rapporten om personer som i Folkehelseundersøkelsen valgte svarkategorien «annen seksuell orientering» Kategorien kan omfatte personer som bruker andre betegnelser for sin seksuelle orientering enn heterofil, homofil, lesbisk, bifil eller panfil, for eksempel aseksuell eller andre orienteringsbegreper. Undersøkelsen gir ikke grunnlag for å vite hvilke konkrete betegnelser eller identiteter som inngår i denne gruppen.

Transpersoner³ og personer med annen kjønnsidentitet kan ha ulike seksuelle orienteringer. I denne rapporten inngår transpersoner i lhb+-gruppen dersom de har oppgitt at de er lesbiske, homofile, bifile, panfile eller har en annen ikke-heterofil orientering. Rapporten analyserer ikke transpersoner som egen gruppe, fordi datagrunnlaget ikke gir tilstrekkelig grunnlag for egne analyser.

Beskrivelsene og definisjonene over er hentet fra [Bufdir sin lhb+-ordliste](#).



Aktuelle begreper tilknyttet seksuell orientering

- **Heterofil:** tiltrekkes av eller forelsker seg i mennesker av motsatt kjønn.
- **Homofil:** tiltrekkes av eller forelsker seg i mennesker av samme kjønn.
- **Lesbisk:** tiltrekkes av eller forelsker seg i mennesker av samme kjønn, altså andre kvinner.
- **Bifil:** tiltrekkes av eller forelsker seg i mennesker uavhengig av hvilket kjønn den andre har, men ikke alle bi er like interesserte i alle kjønn.
- **Panfil:** tiltrekkes av eller forelsker seg i mennesker uavhengig av dens kjønn, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.

Kilde: [Lhb+-ordlista](#) | [Bufdir](#)⁴

1.3 Rapportens oppbygning

I **Kapittel 2** vil vi gå inn på datagrunnlaget og beskrive metode, utvalg, variabler og hvordan dataene blir analysert og fremstilt. I **Kapittel 3** vil vi presentere svar spørsmål om seksuell

³ Trans brukes som en samlebetegnelse for et mangfold av kjønnsidentiteter og -uttrykk som bryter med samfunnets normer for kjønn. For eksempel kan begrepet «trans*» innebære personer som definerer seg som transpersoner, personer som er født i feil kropp, ikke-binære, kvinne-til-mann og mann-til-kvinne. [Lhb+-ordlista](#) | [Bufdir](#)

⁴ [Lhb+-ordlista](#) | [Bufdir](#)

orientering og gir en beskrivelse av lhb+-gruppen. I **Kapittel 4** vil vi se nærmere på helsen og livskvaliteten blant lhb+-personer i Oslo sammenlignet med ikke-lhb+-personer. Vi kommer til å undersøke i hvilken grad helse og livskvalitet varierer mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer og etter seksuell orientering, kjønn, alder og flere andre kjennetegn. I **Kapittel 5-8** vil vi se nærmere på forhold som kan forklare de helseforskjellene vi observerer, med fokus på bruk og behov for helsetjenester, helsekompetanse, ensomhet og sosialt fellesskap og økonomiske og materielle levekår. Helt avslutningsvis i **Kapittel 9** vil vi oppsummere og drøfte resultatene og komme med anbefalinger til tiltak på bakgrunn av resultatene.

2 Om datagrunnlaget

2.1 Utvalg og metode

Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 er et samarbeid mellom Oslo kommune v/ Helseetaten og Folkehelseinstituttet, og ble gjennomført i perioden november til desember 2024. Undersøkelsen inkluderte et representativt utvalg av voksne 18 år eller eldre i Oslo, trukket på delbydelsnivå. For å sikre tilstrekkelig representasjon fra unge voksne og enkelte innvandrergupper, ble det trukket ekstrautvalg i disse gruppene. Dette er grupper som erfaringsmessig er vanskelig å nå i spørreundersøkelser.

Undersøkelsen omhandlet temaer knyttet til helse, livskvalitet og faktorer som påvirker dette. Flere av spørsmålene ble organisert i moduler og sendt til hvert sitt tilfeldig inndelte underutvalg. Dette ble gjort for å få inn flere spørsmål, uten å måtte forlenge svartiden. Spørsmål om seksuell orientering ble sendt til utvalg 1.

I alt 22 414 deltakere svarte på spørsmål på seksuell orientering. Svarprosenten i undersøkelsen var på 28 prosent. For flere detaljer om utvalg og metode, se Folkehelseinstituttet sin rapport fra undersøkelsen (24).

2.2 Målinger og variabler

Spørreskjemaet med alle spørsmålene ligger tilgjengelig fra Oslo kommunes nettsider (25). Opplysninger om alder, kjønn, byområder og fødeland ble koblet på fra det registeret der vårt utvalg ble trukket fra.

2.2.1 Seksuell orientering

I undersøkelsen fikk deltakerne spørsmålet «Hvordan vil du beskrive din seksuelle orientering», med svaralternativene:

- «Heterofil»
- «Homofil»
- «Bifil»
- «Lesbisk»
- «Panfil»
- «Annen seksuell orientering»
- «Vet ikke»
- «Ønsker ikke svare»

De som krysset av for annen orientering, fikk oppfølgingsspørsmål med mulighet til å beskrive sin seksuelle orientering i fritekst. Helseetaten har ikke tilgang til fritekstsvarene av hensyn til deltakernes anonymitet.

Med utgangspunkt i spørsmål om seksuell orientering ble det laget flere variabler. Den ene variabelen var en dikotom variabel⁵ der de som svarte lesbisk, homofil, bifil, panfil og annen seksuell orientering ble kategorisert som «Lhb+». Mens de som svarte heterofil ble kategorisert som «Ikke-lhb+».

Det ble også laget to variabler knyttet til seksuell orientering – en for kvinner og en for menn. Kategoriene for kvinner var som følger:

- Heterofil
- Lesbisk
- Bi/panfil

Kategoriene for menn var som følger:

- Heterofil
- Homofil
- Bi/panfil

Bifil og panfil ble slått sammen for å sikre et høyere antall deltakere i denne gruppen.⁶ I tillegg skåret bifile og panfile relativt likt på de fleste utfallsmålene, som også understøtter en sammenslåing. De som svarte «Annen seksuell orientering» ble holdt utenfor analyser som undersøkte forskjeller etter seksuell orientering. Dette fordi gruppen er for forskjellig til å slå sammen med noen av de andre gruppene og at antallet svar i denne gruppen er for lavt til at dette kan være en selvstendig gruppe.

Kategoriene «Vet ikke» og «Ønsker ikke svare» ble ikke inkludert i variablene, da det er usikkert hva disse avkrysningene betyr.⁷⁸

2.2.2 Bakgrunnsvariabler

Kjønn. Opplysninger om kjønn ble hentet fra Folkeregisteret og inndelt i kvinne og mann.⁹

Alder. Opplysninger om alder ble hentet fra Folkeregisteret og delt inn i 10-års kategorier. Siden det er få lhb+-personer i de eldre aldersgruppene, ble kategoriene 60–69 år, 70–79 år og 80 år og eldre slått sammen til «60 år og eldre».

⁵ Dikotom variabel er en variabel med 2 kategorier.

⁶ Dette er et grep som gjøres i statistikken for å redusere feilmarginene i estimatene og dermed blir vi mer sikre på hva det faktiske estimatet er.

⁷ For eksempel kan deltakerne har vært i en prosess med å utforske egen identitet, vært usikre på hvordan de skal forstå spørsmålet, ha et ønske om å verne privatlivet, eller oppfattet spørsmålet som lite relevant for dem.

⁸ De som svarte «Vet ikke» eller «Ønsker ikke svare» på spørsmål om seksuell orientering er oftere i aldersgruppen 30–49 år, har lavere utdanning, fra landgruppe 2 og har en funksjonshindring, sammenlignet med de øvrige gruppene.

⁹ Informasjon om kjønn ble hentet fra Folkeregisteret. Per nå er det kun mulig å registrere to juridiske kjønn i Folkeregisteret, og ikke mulig å hente ut informasjon om de som er ikke-binære.

Byområder. Bydeler gruppert i indre og ytre by, basert på en inndeling brukt av Oslo kommune (26).

Høyere utdanning. Deltakerne ble spurt om deres høyeste fullførte utdanningsnivå. De som oppga høyere utdanning på høyskole eller universitetsnivå ble kodet som «Ja». De andre ble kodet som «Nei».

Sivilstatus. Basert på spørsmål i spørreskjema, ble sivilstatus gruppert inn i:

- Gift, har samboer eller registrert som partner
- Har kjæreste
- Annen¹⁰

Innvandrerbakgrunn. Opplysninger om personens eget fødeland ble hentet fra Folkeregisteret. For personer fra Norge, må minst en eller begge foreldre være født i Norge. I analysene ble fødeland slått sammen i større grupper. Grupperingen tar utgangspunkt i en standard utviklet av Statistisk sentralbyrå og inkluderer følgende kategorier:

- Norge
- Landgruppe 1 (EU land, EFTA-land, USA, Canada, Australia og New Zealand)
- Landgruppe 2 (Europa utenom EU, Asia, Afrika, Amerika utenom USA og Canada)

Funksjonshindring. Omfatter personer som har svart «Store vansker» eller «Klarer ikke i det hele tatt» på spørsmål knyttet til vansker med syn, hørsel, bevegelse, konsentrasjon og hukommelse og dagligdagse gjøremål.

2.2.3 Utfallsvariabler

Rapporten inkluderer følgende temaer og indikatorer:

- **Helse og livskvalitet** (egenvurdert helse, store aktivitetsbegrensninger, psykiske plager, langvarige søvnplager og livstilfredshet)
- **Bruk av og udekket behov for helsetjenester** (legetjenester, psykiske helsetjenester og tannlegetjenester)
- **Generell helsekompetanse**
- **Sosiale forhold og ensomhet** (ensomhet, sosial støtte, tillit til andre og trygghet i nærmiljøet)
- **Materielle og økonomiske levekår** (arbeidsdeltakelse, opplevd økonomisk situasjon, uforutsette utgifter, bolig og bomiljø)

I Folkehelseundersøkelsen i Oslo inngår et stort antall indikatorer. På grunn av tidsbegrensninger, har vi derfor måttet prioritere. I rapporten har vi valgt indikatorer som reflekterer ulike dimensjoner av menneskers helse og levekår. Vi har også vært opptatt av å

¹⁰ I «Annen» inngår enslig og enke/enkemenn. Kun 28 personer fra lhb+-gruppen oppga å være enke/enkemenn og vi valgte derfor å slå sammen denne gruppen med de som oppga å være enslig.

inkludere indikatorer som studier har vist henger tett sammen med menneskers helse og livskvalitet (25,26).

I begynnelsen av hvert kapittel gir vi en beskrivelse av hvordan de ulike indikatorene er målt og presentert.

2.3 Analyser

Resultatene presenteres som prosentandeler eller som gjennomsnitt, hovedsakelig i form av figurer. For hvert utfallsmål, presenterer vi tall for lhb+- og ikke-lhb+ gruppen samlet og fordelt på i) seksuell orientering og kjønn, ii) alder og iii) og innad i andre utvalgte grupper (utdanning, sivilstatus, byområder, innvandrerbakgrunn og funksjonshindring). I tolkning ansees en forskjell i prosentandel på under 5 prosentpoeng som liten, mellom 5 og 9 som moderat og 10 eller høyere som høy. I figurer og i tabeller (Vedlegg 3) oppgir vi også 95 % konfidensintervaller. Konfidensintervaller sier noe om hvor usikre vi er på resultatene. Intervallet er det området vi tror det egentlige tallet ligger innenfor.

Lhb+-personer er yngre enn ikke-lhb+-personer. Det er også store aldersforskjeller innad i lhb+-gruppen. I denne rapporten har vi derfor kun valgt å presentere aldersjusterte andeler. Gjennom justering blir gruppene mer sammenlignbare og vi kan utelukke at observerte forskjeller skyldes alder. Å justere for alder kan resultere i at de tallene vi oppgir, ikke reflekterer gruppens egentlige sammensetning. I utfallsmål der alder spiller en stor rolle, vil estimatene endre seg etter justering. I tilfeller der utfallsmålet varierer lite innad i aldersgrupper, vil de ujusterte og justerte andelene være nokså like.

I tillegg til deskriptiv statistikk, ble det gjennomført flere regresjonsanalyser for å undersøke ulike faktorer (for eksempel sosial støtte) sammenheng med lhb+-personers helse og livskvalitet. Dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet ble valgt som utfallsmål, da de reflekterer ulike sider ved menneskers helse og livskvalitet.¹¹ Resultatene er presentert som prosentandeler. Modellene er enten ujustert eller justert for alder, kjønn, utdanning, sivilstatus, byområder, innvandrerbakgrunn og funksjonshindring. Gjennom justering utelukker vi at de forskjellene vi observerer kan skyldes effekter av de ulike bakgrunnsfaktorene, og øker sjansen for at sammenhengene er reelle.

På grunn av utvalgs- og frafallsskjevheter, veker vi svarene slik at de blir så representative som mulig for befolkningen i Oslo.¹²

I Vedlegg 1 gir vi en mer utfyllende beskrivelse av statistiske begreper som vekting, konfidensintervaller og regresjonsanalyser.

I Vedlegg 3 er resultatene fra analysene beskrevet.

¹¹ I tillegg til disse utfallsmålene inkluderte vi udekket behov for psykiske helsetjenester og tannlegetjenester i analyser knyttet til helsekompetanse.

¹² Representativitet betyr at sannsynlighet for å svare på undersøkelsen er lik etter alder, kjønn og andre kjennetegn, og at det utvalget som ble trukket gjenspeiler Oslos befolkning.

2.4 Viktige forbehold i tolkning av resultater

Svarprosenten var 28 prosent. Det betyr at mange ikke svarte, som kan gi utfordringer med at noen grupper er mer representert enn andre. Nyere analyser viser at svarprosent i spørreundersøkelser har liten betydning, og at dataene gir et godt bilde av situasjonen i befolkningen (29). Likevel kan det fremdeles være skjevheter i enkelte grupper, som blant lhb+-personer. Derfor må resultatene tolkes med en viss forsiktighet.

Data ble samlet inn november-desember 2024. Noen fenomener kan påvirkes av årstid, for eksempel søvn, psykiske plager og livskvalitet (30,31). For andre utfallsmål, vil årstid ha liten innvirkning på svarene.

Undersøkelsen inkluderte ett spørsmål om seksuell orientering. Dette spørsmålet gir oss en indikasjon på hvor mange som er lhb+ i Oslo, og mulighet til å bryte ned dataene etter seksuell orientering. Undersøkelsen er ikke designet for å si noe om totalt omfang av ikke-heterofile orienteringer.

I rapporten undersøker vi sammenhenger mellom variabler. Siden dette er en tverrsnittsundersøkelse, er det utfordrende å fastslå årsakssammenhenger. Analysene sier ingenting om hva som er årsak og hva som er virkning.



Kjønnsidentitet er ikke inkludert i rapporten grunnet lite og skjevt utvalg?

Ett av formålene i Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 var å kartlegge helse og livskvalitet i hele det skeive miljøet i Oslo. Derfor inkluderte spørreskjemaet spørsmål om både seksuell orientering og kjønnsidentitet. På spørsmål om kjønnsidentitet, fikk deltakerne mulighet til å krysse av for kategoriene transperson, ikke-binær og annen kjønnsidentitet i tillegg til kvinne og mann. I tillegg til selv-rapportert kjønn, ble det også koblet på informasjon om deltakernes kjønn fra Folkeregisteret.

Vi sitter igjen med et lite og skjevt utvalg av personer med trans- eller ikke-binær identitet, av flere grunner. Den ene grunnen er at spørsmål om seksuell orientering og kjønnsidentitet, som egentlig skulle gå ut til alle deltakerne, kun ble sendt til halve utvalget. Dette skyldes at spørsmål om seksuelle orientering og kjønnsidentitet havnet i modul som gikk til halve utvalget. Denne feilen gjorde at vi kun hadde 130 deltakere som krysset av for en annen kjønnsidentitet enn kvinne eller mann.

En annen grunn til et lite og skjevt utvalg er at vi ikke hadde mulighet til å skille ut transpersoner som identifiserte seg som kvinne eller mann i våre data. Kategoriene kvinne, mann og transperson er ikke gjensidig utelukkende. Og en stor andel transpersoner har sannsynligvis krysset av for kategoriene kvinne eller mann, og ikke i kategorien «transperson».

Vi undersøkte også muligheten for å identifisere transpersoner gjennom registerdata (32). Ideen var at et avvik kan fange opp transpersoner som ikke har endret juridisk kjønn i Folkeregisteret. Et viktig læringspunkt vi tar med oss er at registerdata er uegnet til dette formålet. Selv om et avvik mellom selvrapportert og folkeregistrert kjønn kan indikere transstatus, er det likevel mange grunner til at svarene avviker. Og vi kan derfor ikke med sikkerhet fastslå om disse deltakerne er transpersoner eller ikke, for eksempel fordi det går an å endre juridisk kjønn.

Dersom undersøkelsen skal gjennomføres på nytt, bør spørsmålsstillingen om kjønnsidentitet forbedres. Denne forbedringen bør gjøres i samråd med brukerorganisasjonene.

3 Seksuell orientering i Oslo

I dette kapittelet ser vi nærmere på svarene på spørsmål om seksuell orientering i Folkehelseundersøkelsen i Oslo, og hva som kjennetegner lhb+-personer i utvalget vårt sammenlignet med ikke-lhb+-personer.

3.1 Svar på spørsmål om seksuell orientering

Tabell 3-1 viser svarene på spørsmål om seksuell orientering blant kvinner og blant menn. Flertallet oppgir at de er heterofile. Blant ikke-heterofile kvinner, er bi/panfil den største gruppen, etterfulgt av lesbisk og kategorien «Annen seksuell orientering». Blant ikke-heterofile menn, er homofil den største gruppen, etterfulgt av bi/panfil og kategorien «Annen seksuell orientering». Andelene som krysset av for kategoriene «Vet ikke» og «Ønsker ikke svare» er på henholdsvis 5 og 2 prosent blant begge kjønn.

Tabell 3-1. Svar på spørsmål om seksuell orientering, etter kjønn. Oslo. 2024. Innbyggere 18 år og eldre. Antall og vektete andeler.

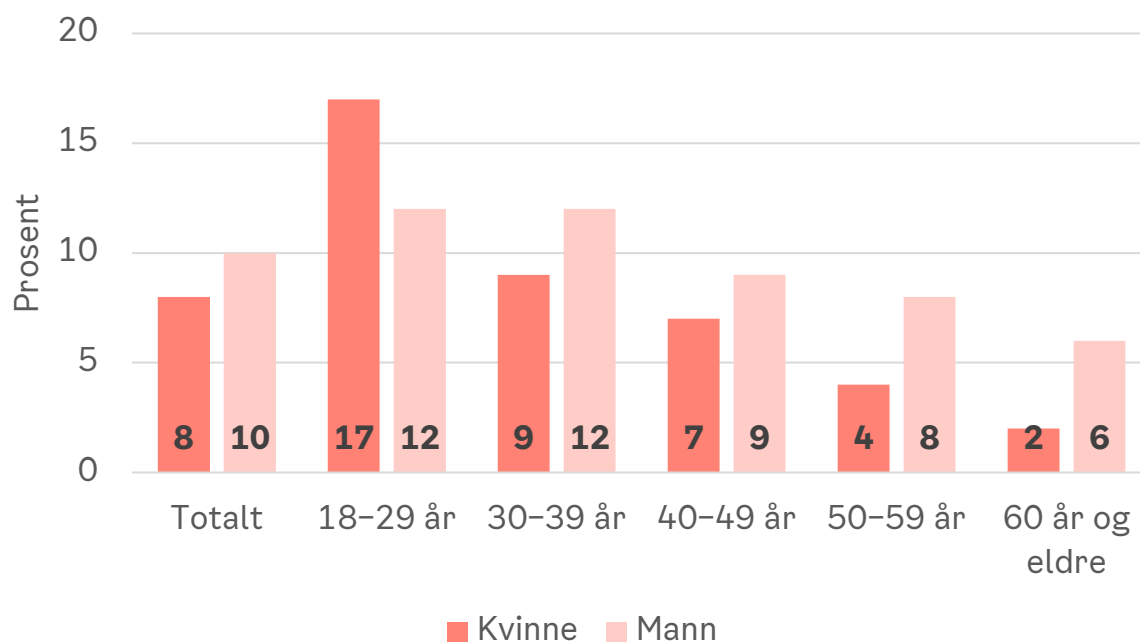
	Kvinne (n = 12 583)		Mann (n = 9 831)	
	Antall	Andel (%)	Antall	Andel (%)
Seksuell orientering				
Heterofil	10 759	85 %	8 359	84 %
Lesbisk/homofil [#]	270	2 %	545	6 %
Bi/panfil	624	5 %	237	3 %
Annen orientering	52	< 1 %	25	< 1 %
Vet ikke	589	5 %	470	5 %
Ønsker ikke svare	289	2 %	195	2 %

Fotnote. #: Både lesbisk og homofil inngår i kategorien for kvinner, mens for menn inngår kun homofil.

3.2 Hvor mange oppgir å være lhb+?

I alt **8 prosent av kvinner** og **10 prosent av menn** oppgir at de er lhb+. Figur 3.1 viser hvordan andelen lhb+ fordeler seg på tvers av kjønn og aldersgrupper. Andelen som er lhb+ er størst i de yngste aldersgruppene. I gruppen 18–29 år er andelen 17 prosent blant kvinner og 12 prosent blant menn. Til sammenligning er andelen kun 2 prosent blant kvinner og 6 prosent blant menn i den eldste aldersgruppen (60 år og eldre).

Blant unge voksne er bi/panfil den største gruppen blant ikke-heterofile, mens lesbisk og homofil er de største gruppene blant eldre.



Figur 3-1. Andel som oppgir lhb+-status, etter kjønn og alder. Oslo. 2024. Vektet.

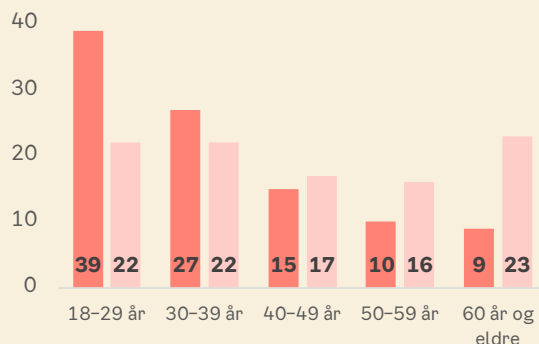
3.3 Lhb+-personer er yngre, og flere er bosatt i indre Oslo by

Figur 3-2 gir en beskrivelse av utvalget, etter lhb+-status. Større andeler av lhb+-personer enn ikke-lhb+-personer er i yngre aldersgrupper, bosatt i indre bydeler, har en funksjonshindring og oppgir en annen status enn å være gift, ha samboer eller registrert med partner. For utdanning og innvandrerbakgrunn er forskjellene mellom gruppene små.

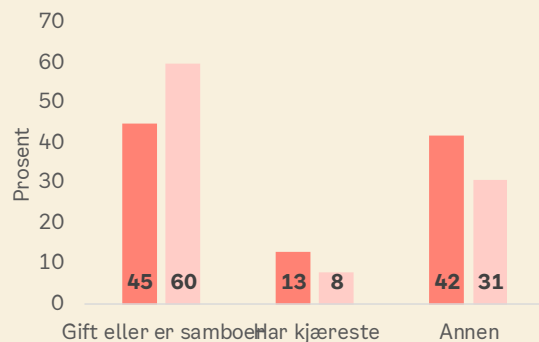
I Vedlegg 2 gis en beskrivelse av kjennetegn for heterofile, homofile/lesbiske og bi/panfile, separat for kvinner og menn.

Beskrivelse av utvalget

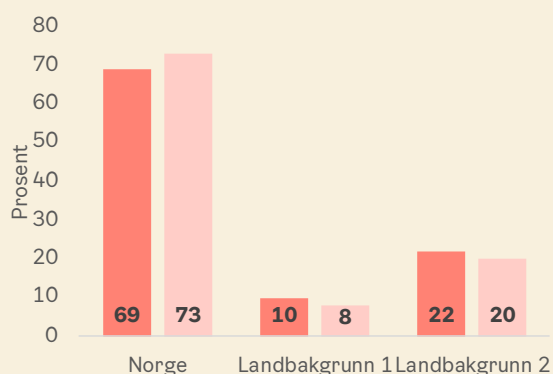
Figuren viser at flere lhb-personer er i yngre aldersgrupper



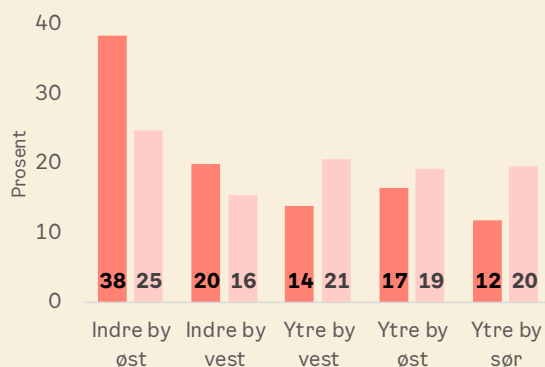
Figuren viser at flere lhb-personer oppgir å ha kjæreste eller har annen sivilstatus



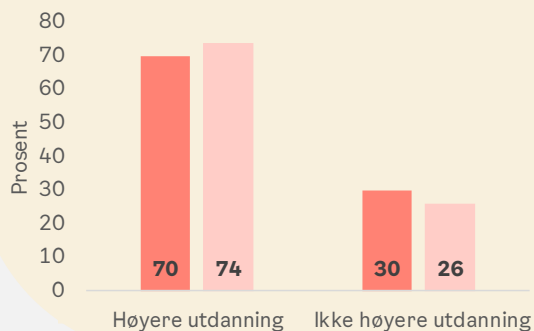
Figuren viser nokså små forskjeller mellom lhb- og ikke-lhb personer i innvandrerbakgrunn



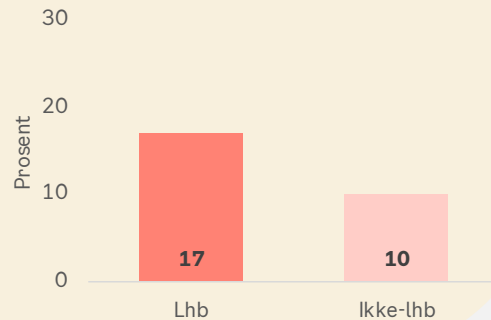
Figuren viser at flere lhb-personer bor i indre Oslo by, og færre i ytre by vest og ytre by sør



Figuren viser at 7 av 10 lhb-personer har høyere utdanning, og andelen er nokså lik ikke-lhb personer



Figuren viser større andel med funksjonshindring blant lhb- enn ikke-lhb personer



Figur 3-2. Beskrivelse av utvalget. Oslo, 2024. Vektet. Mørkerosa indikerer lhb+ og lyserosa indikerer ikke-lhb+.

4 Helse og livskvalitet

Hovedfunn



- I alt 59 prosent av lhb+-personer vurderer egen helse som god, mens andelen er 72 prosent blant ikke-lhb+-personer.
- Det er tydelige forskjeller etter kjønn og seksuell orientering, der bi/panfile kommer generelt dårligere ut enn de øvrige gruppene.
- Helsen og livskvaliteten til eldre lhb+-personer er like gode som jevnaldrende ikke-lhb+-personer.
- Andelen med psykiske plager, langvarige søvnplager og lav livstilfredshet er 2–4 ganger høyere blant unge voksne lhb+-personer enn blant eldre.
- Andelene med psykiske plager er høye blant lhb+-personer i gruppen 18–29 år (58 %), de med lavere utdanning (52 %), de med kjæreste (52 %) og funksjonshindrede (74 %).
- 21 prosent av lhb+-personer har langvarige søvnplager, og søvnplagene er nokså jevnt fordelt mellom homofile, lesbiske og bi/panfile.
- Funksjonshindrede, enslige og enke/enkemenn kommer generelt dårligere ut på de fleste helse- og livskvalitetsmål.

Helse er mer enn fravær av sykdom og skade. Det handler også om å ha overskudd i hverdagen, mestre utfordringer, og oppleve trivsel, trygghet, ro og balanse (33).

Mange forhold påvirker helsa vår, som ensomhet, belastende livserfaringer, økonomiske utfordringer, helserelaterte levevaner eller det å bo i områder med støy, luftforurensning eller trange boliger (34). Helse henger også tett sammen med sosial ulikhet og de mulighetene folk har i samfunnet. I tillegg kan skeive oppleve **minoritetsstress** – stress som kommer av diskriminering, stigma, forventet avvisning eller behov for å skjule deler av egen identitet (18). Dette kan gi helsemessige belastninger over tid (18,35).

Like viktig som helse, er hvorvidt mennesker opplever god livskvalitet. Livskvalitet handler om både materielle levekår og hvordan livet oppleves for den enkelte (36). Ved å måle livskvalitet i befolkningen gir det en pekepinn på hvor det bør iverksettes tiltak for å styrke utsatte grupper og utjevne sosiale forskjeller.

I dette kapittelet ser vi på helse og livskvalitet blant lhb+-personer på flere måter. Vi ser på egenvurdert helse, aktivitetsbegrensninger, psykiske plager, søvnplager, og lav og høy livstilfredshet. For hver indikator ser vi på hvordan resultatene varierer etter seksuell orientering, kjønn, alder og andre kjennetegn. Til slutt undersøker vi hvilke kjennetegn som henger tettest sammen med lhb+-personers helse og livskvalitet.

4.1 Egenvurdert helse

Egenvurdert helse gir et samlet bilde av menneskers fysiske, psykiske og sosiale helse. Forskning viser at egenvurdert helse kan forutsi ulike helsetilstander, for eksempel tidlig død, selv etter å ha tatt hensyn til alder, sykdom og andre medisinske opplysninger (37). I tillegg har det vist seg å være et godt mål på helse innad i ulike kulturer, kjønn og aldersgrupper (38).

Folkehelseundersøkelsen i Oslo inkluderte spørsmålet «Hvordan vurderer du din egen helse alt i alt?», med svaralternativene:

- «Svært god»
- «God»
- «Verken god eller dårlig»
- «Dårlig»
- «Svært dårlig»

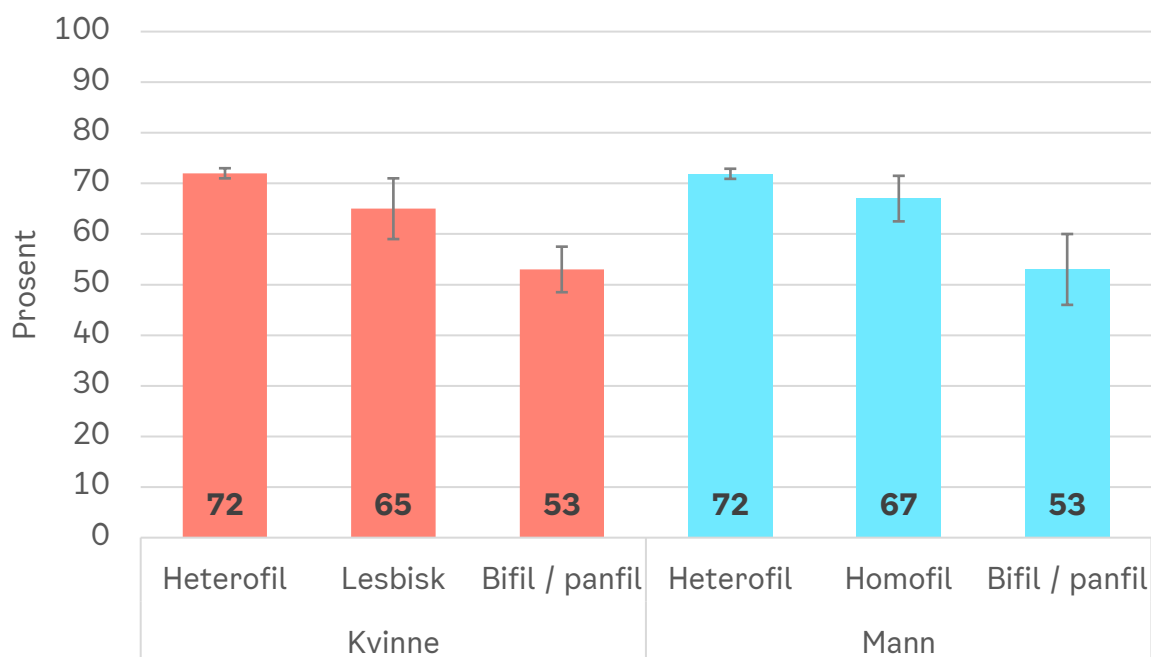
I kapittelet rettes søkelyset mot god egenvurdert helse, som inkluderer de som har svart «Svært god» eller «God» på spørsmålet (24).

4.1.1 Flertallet vurderer egen helse som god – men nivået er lavere blant lhb+-personer

Den egenvurderte helsen er lavere blant lhb+-personer enn ikke-lhb+-personer. 59 prosent av lhb+-personer vurderer egen helse som god, mens andelen er 72 prosent blant ikke-lhb+-personer. Dette er en forskjell på **13 prosentpoeng**, som regnes som **stor**.

4.1.2 Lavere nivåer blant bi/panfile driver forskjellen

Figur 4-1 viser at andelen med god egenvurdert helse mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer varierer etter seksuell orientering. Bi/panfile ligger nesten **20 prosentpoeng** lavere enn heterofile. Lesbiske kvinner og homofile menn ligger derimot omtrent på samme nivå som heterofile. Dette tyder på at forskjellen på gruppenivå mellom lhb+ og ikke-lhb+ i stor grad drives av lavere nivå blant bi/panfile.

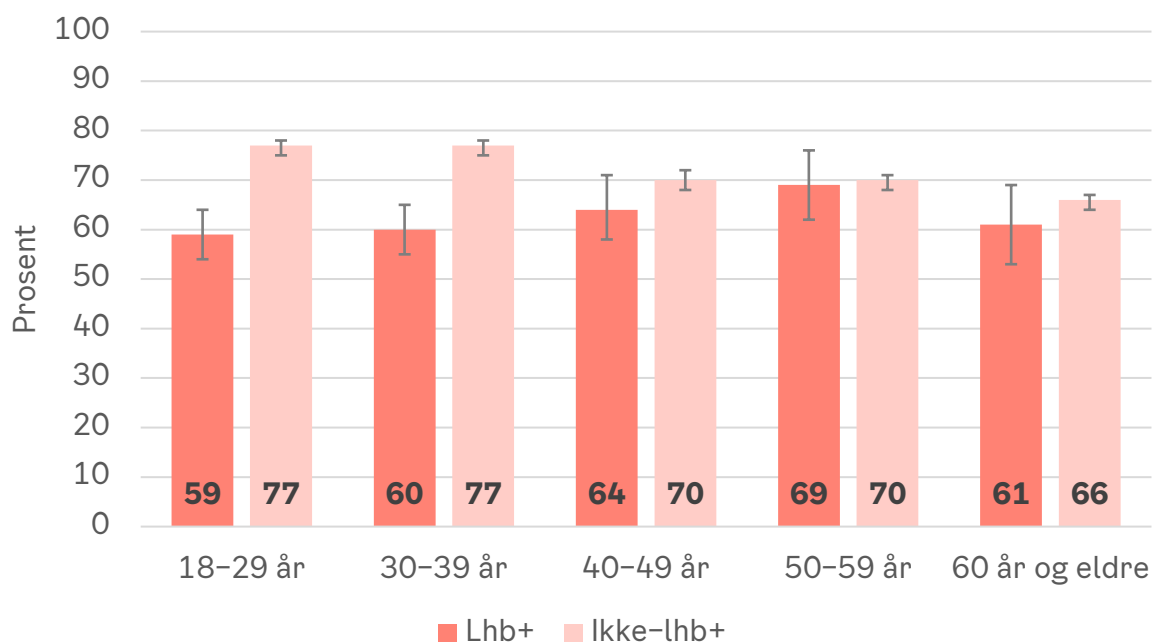


Figur 4-1. Andel med god egenvurdert helse, etter seksuell orientering og kjønn. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Strekene indikerer 95 % konfidensintervaller.

4.1.3 Store forskjeller blant unge

Figur 4-2 viser store forskjeller blant unge voksne (18–39 år), der andelen med god egenvurdert helse er **17–18 prosentpoeng** lavere blant lhb+-personer sammenlignet med ikke-lhb+-personer. Blant eldre er forskjellene små.

Figuren viser også ulike mønstre i andel med god egenvurdert helse mellom lhb+ og ikke-lhb+-personer etter aldergrupper. Blant lhb+-personer øker andelen noe frem til 50–59 år, før den går ned blant de 60 år og eldre. Blant ikke-lhb+-personer er det annerledes. Her synker andelen jevnt med alderen.



Figur 4-2. Andel med god egenvurdert helse, etter lhb+-status og alder. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall. Strekene indikerer 95 % konfidensintervaller.

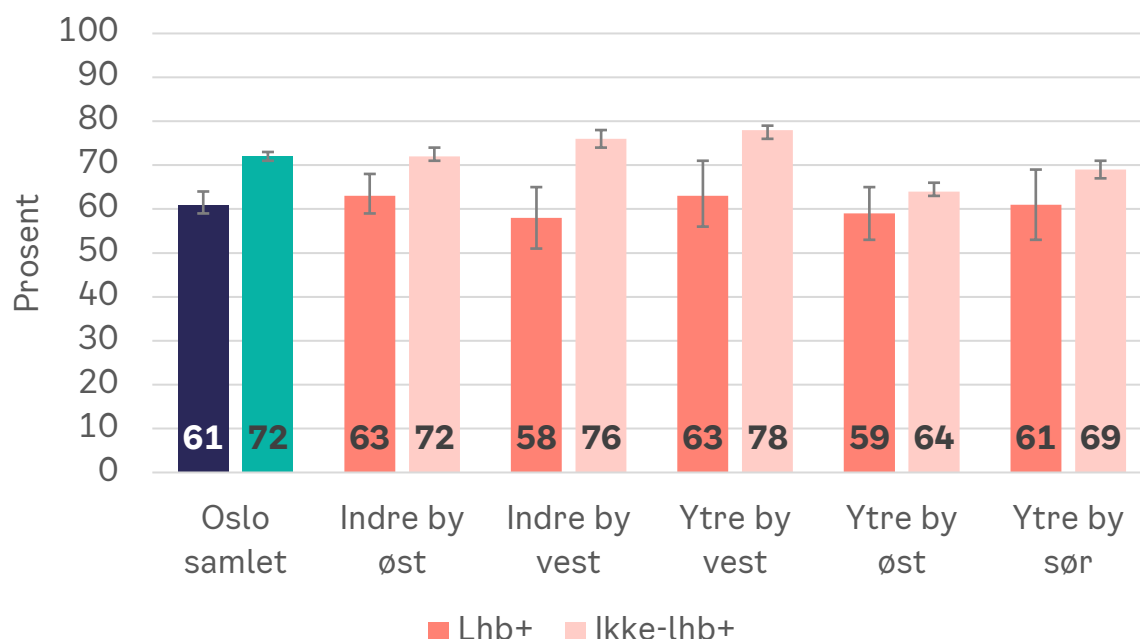
4.1.4 Forskjeller i flere grupper

Andel med god egenvurdert helse er høyere blant lhb+-personer (og ikke-lhb+-personer):

- med **høyere utdanning** (enn de med lavere utdanning)
- som er **gift, har samboer eller registrert med partner** (enn de som har kjæreste eller med status som enslig eller enke/enkemenn)
- som er **født i Norge** (enn de fra landgruppe 2)
- **uten funksjonshindring** (enn de med funksjonshindring)

Vi fant at flere ikke-lhb+-personer vurderer helsen sin som god i Oslo vest enn i Oslo øst. Derfor forventet vi å se det samme mønsteret for lhb+-personer. Det fant vi ikke – det er ingen klare forskjeller mellom bydelene her (se figur 4.3).

Figur 4.3 viser resultatene for forskjeller etter byområder. For resultatene i de øvrige gruppene, se tabell 11-1 (Vedlegg 3).



Figur 4-3. Andel med god egenvurdert helse, etter lhb+-status og byområder. Vektete og aldersjusterte tall. Strekene indikerer 95 % konfidensintervaller.

4.2 Store aktivitetsbegrensninger

Aktivitetsbegrensninger brukes for å si noe om hvor mange som har behov for tjenester og tilrettelegging i hverdagen grunnet sin helsesituasjon (39).

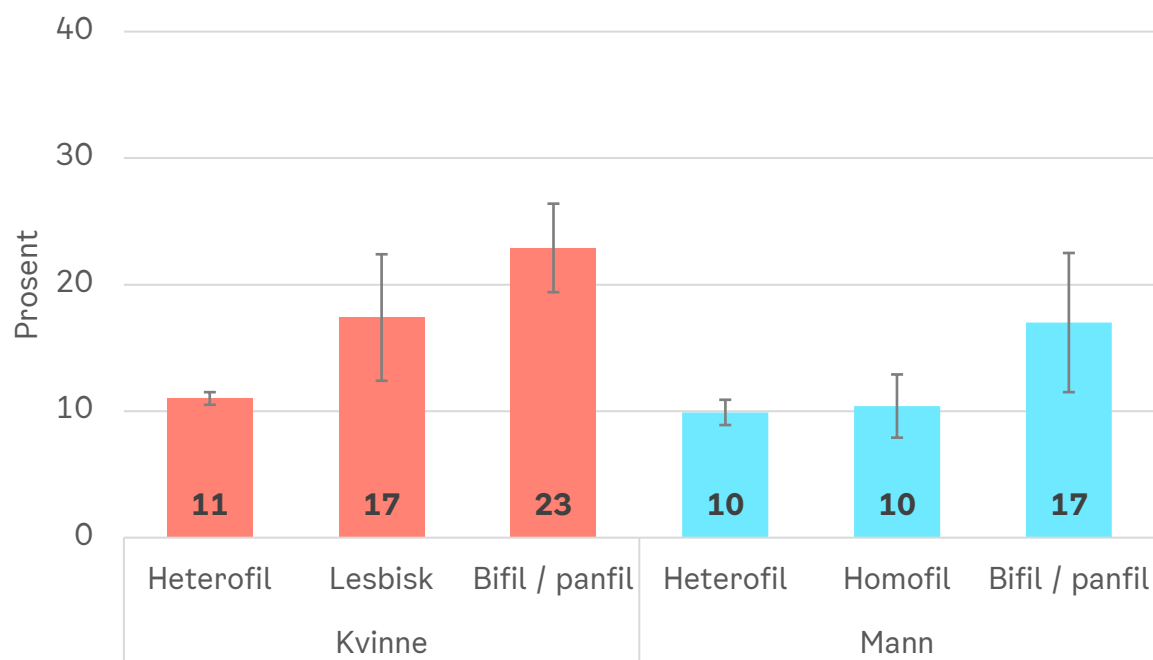
I kapittelet presenterer vi andel med store aktivitetsbegrensninger. For å ha store aktivitetsbegrensninger, må deltakerne ha:

- krysset av for å ha en langvarig sykdom eller helseproblem som varer, eller forventes å vare, i minst 6 måneder
- bekreftet at sykdommen eller problemet i stor grad påvirker deres evne til å fungere i hverdagen (24).

4.2.1 23 prosent av bi/panfile kvinner med store aktivitetsbegrensninger

Store aktivitetsbegrensninger er noe vanligere blant lhb+-personer (17 %) enn ikke-lhb+-personer (11 %). Forskjellen på **6 prosentpoeng** kan ansees som **moderat**.

Figur 4-4 viser at forskjellene i store aktivitetsbegrensninger er større når brutt ned på seksuell orientering, særlig blant kvinner. Blant kvinner oppgir 23 prosent av bi/panfile store aktivitetsbegrensninger. Dette er dobbelt så høyt som det heterofile kvinner oppgir. Også lesbiske kvinner skårer høyere sammenlignet med heterofile kvinner. Blant menn er forskjellene ikke statistisk signifikante.

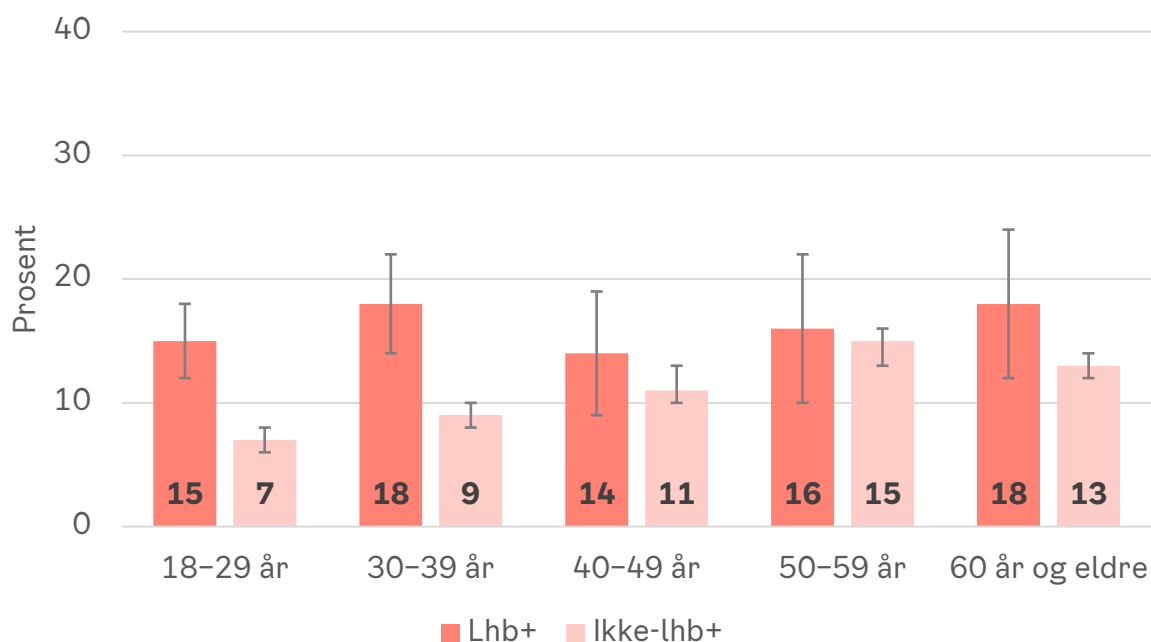


Figur 4-4. Andel med store aktivitetsbegrensninger, etter seksuell orientering og kjønn. Oslo, 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Strekene indikerer 95 % konfidensintervaller.

4.2.2 Store aktivitetsbegrensninger like utbredt på tvers av aldersgrupper blant lhb+-personer

Figur 4-5 viser at andelen med store aktivitetsbegrensninger er **dobbelt så høy** blant lhb+-personer i gruppen 18-29 år og 30-39 år, sammenlignet med jevnaldrende ikke-lhb+-personer. Blant eldre er forskjellene små.

Vi finner også et interessant mønster. Blant lhb+-personer er store aktivitetsbegrensninger like vanlig blant unge voksne som eldre. Blant ikke-lhb+-personer er mønsteret annerledes. Her øker andelen med store aktivitetsbegrensninger jevnt med alderen fram til 50-59 år, for deretter å ligge stabilt i de eldre aldersgruppene.



Figur 4-5. Andel med store aktivitetsbegrensninger, etter lhb+-status og alder. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall. Strekene indikerer 95 % konfidensintervaller.

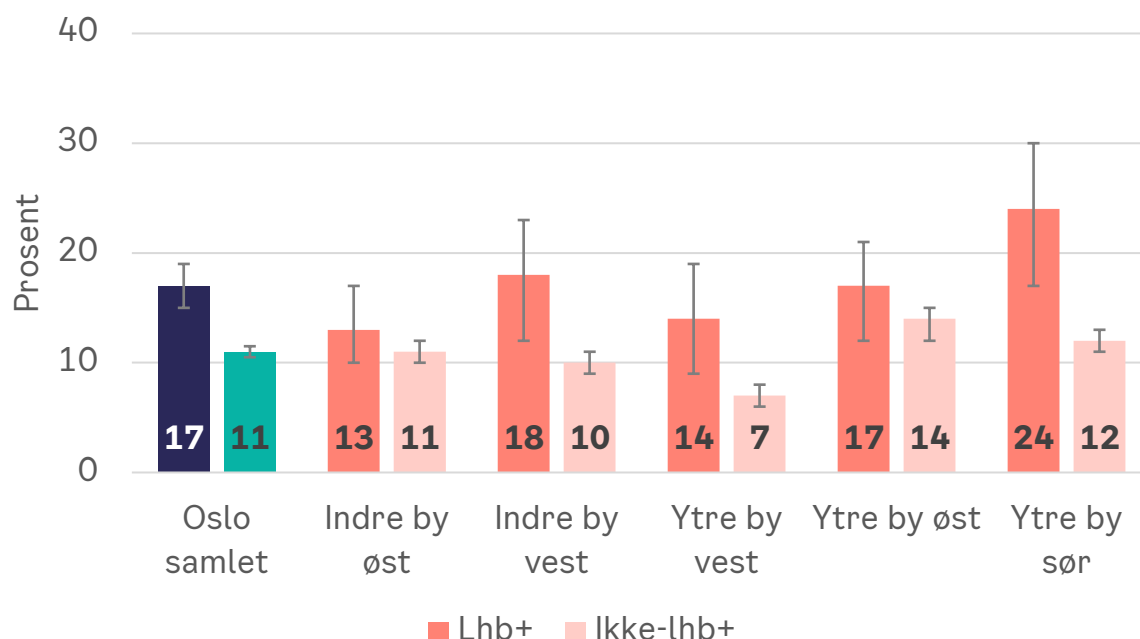
4.2.3 Forskjeller i flere grupper

Store aktivitetsbegrensninger er vanligere blant lhb+-personer (og ikke-lhb+-personer):

- med **lavere utdanning** (enn de med høyere utdanning)
- med status som **enslig eller enke/enkemenn** (enn de som er gift, har samboer eller registrert med partner)
- med **funksjonshindring** (enn de uten funksjonshindring)

Som for egenvurdert helse, finner vi også her at andelen som rapporterer store aktivitetsbegrensninger varierer mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter hvor i byen de bor. Blant lhb+-personer er andelen høyere i ytre by øst enn i indre by øst. Blant ikke-lhb+-personer er mønsteret annerledes. Her er store aktivitetsbegrensninger minst utbredt i ytre by vest, og mest utbredt i ytre by øst.

Figur 4.6 viser resultatene for forskjeller etter byområder. For resultatene i de øvrige gruppene, se tabell 11-2 (Vedlegg 3).



Figur 4-6. Andel med store aktivitetsbegrensninger, etter lhb+-status og byområder. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Strekene indikerer 95 % konfidensintervaller.

4.3 Psykiske plager

I undersøkelsen svarte deltakerne på fem spørsmål om negative tanker og følelser den siste uken, basert på spørreskjemaet HSCL-5 (Hopkins Symptom Checklist). Svaralternativene går fra «ingen» til «mye» knyttet til følgende plager:

- Nervøsitet eller indre uro
- Redsel og engstelse
- Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden
- Nedstemthet eller tungsindighet
- Bekymring eller uro

Deltakere som i gjennomsnitt svarer «ganske» eller «mye» plaget, regnes som å ha psykiske plager (24). Psykiske plager i denne sammenhengen viser til opplevd psykisk belastning. Dette er ikke det samme som å ha en diagnostisert psykisk lidelse, men er et mål på selvrapportert psykiske utfordringer her og nå.

4.3.1 Om lag 4 av 10 lhb+-personer rapporterer psykiske plager

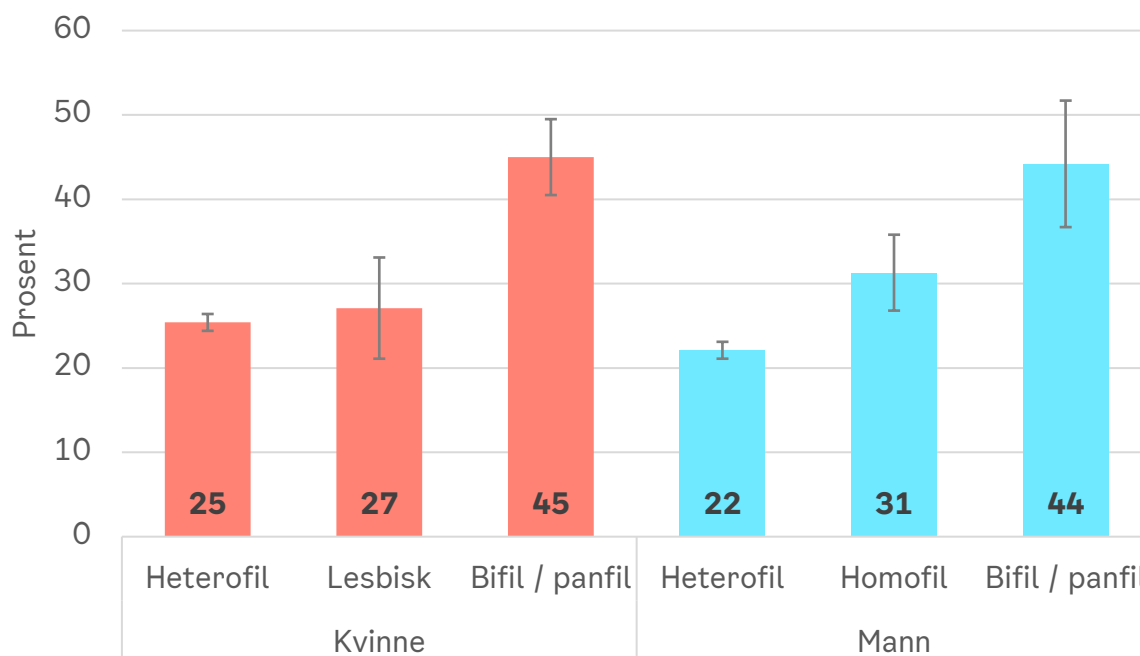
39 prosent av lhb+-personer rapporterer psykiske plager, mens andelen er 24 prosent blant ikke-lhb+-personer. Forskjellen på **15 prosentpoeng** regnes som **stor**.

Når det gjelder svarene på de ulike spørsmålene, har lhb+-personer høyere nivåer av alle plagene enn ikke-lhb+-personer, men spesielt for plagene «nervøsitet og indre uro», «redsel og engstelse», og «nedstemthet og tungsindighet» (resultater ikke vist).

4.3.2 Høye nivåer blant bi/panfile

Figur 4-7 viser store variasjoner i andel med psykiske plager etter kjønn og seksuell orientering. Plagene er mest utbredt blant bi/panfile (44–45 %) og minst utbredt blant heterofile (22–25 %). Forskjellen er på **omtrent 20 prosentpoeng**.

Psykiske plager er også mer utbredt blant homofile enn heterofile, mens for lesbiske er forskjellene små.



Figur 4-7. Andel med psykiske plager, etter kjønn og seksuell orientering. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

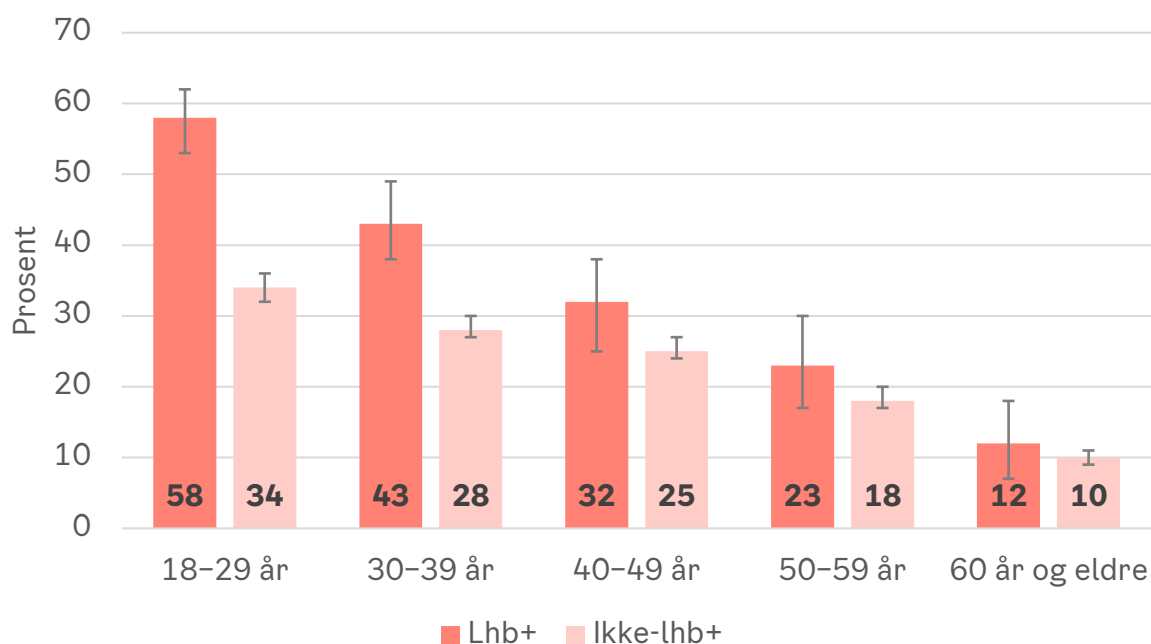
4.3.1 Nær 6 av 10 unge voksne lhb+-personer med psykiske plager

Figur 4-8 viser at psykiske plager er mer utbredt blant lhb+ enn ikke-lhb+-personer i yngre aldersgrupper, og da særlig i gruppen 18–29 år:

- **Lhb+:** 58 prosent
- **Ikke-lhb+:** 34 prosent

Dette gir en forskjell på **24 prosentpoeng** – en av de største i dette kapittelet. Over tid blir nivåene mer like, og blant personer 50 år og eldre er forskjellene mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer små og ikke signifikante.

Figuren viser også at psykiske plager reduseres kraftig med alder i begge grupper. Forskjellene er store i ung alder, men er nesten borte i eldre aldersgrupper.



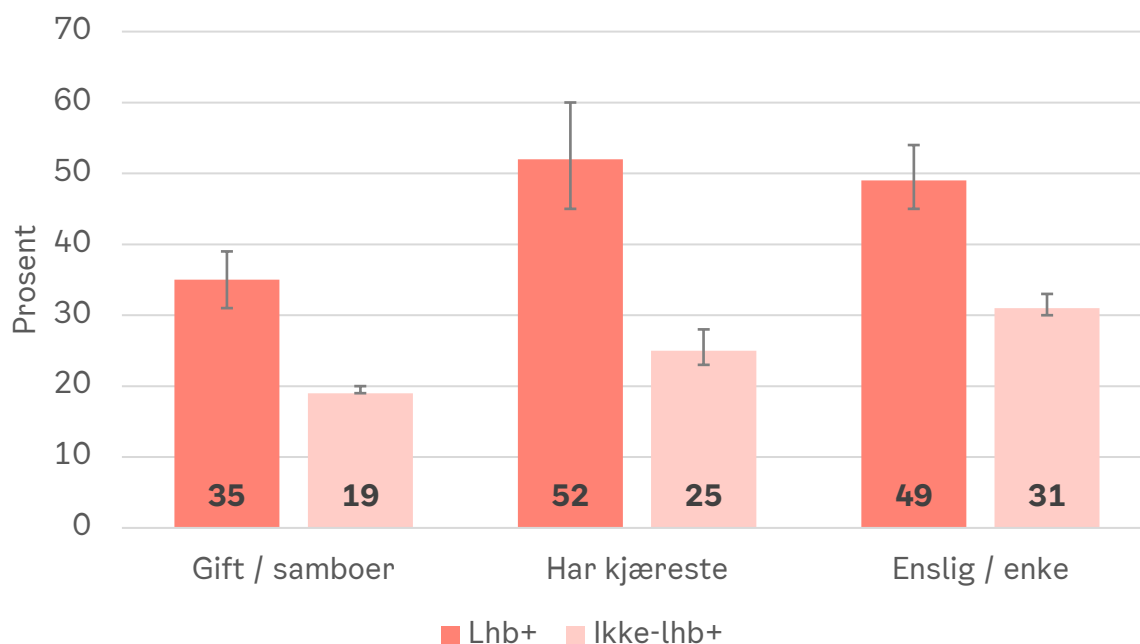
Figur 4-8. Andel med psykiske plager, etter lhb+-status og alder. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall. Strekene indikerer 95 % konfidensintervaller.

4.3.1 Forskjeller i flere grupper

Psykiske plager er vanligere blant lhb+-personer (og ikke-lhb+-personer):

- med **lavere utdanning** (enn de med høyere utdanning)
- som **har kjæreste eller status som enslig eller enke/enkemenn** (enn de som er gift, har samboer eller registrert med partner)
- fra **landgruppe 2** (enn de født i Norge)
- med **funksjonshindring** (enn de uten funksjonshindring)

Figur 4-9 viser forskjeller i psykiske plager etter sivilstatus. For resultater i de øvrige gruppene, se tabell 11-3 (Vedlegg 3).



Figur 4-9. Andel med psykiske plager, etter lhb+-status og sivilstatus. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Strekene indikerer 95 % konfidensintervaller.

4.4 Langvarige søvnplager (insomni)

God søvn er viktig for menneskers fysiske og psykiske helse, og søvnplager og lidelser er blant vår tids store folkehelseutfordringer (18, 19). Den mest utbredte søvnlidelsen i Norge i dag er insomni, med en forekomst på mellom 11–17 prosent i ulike aldersgrupper (41).

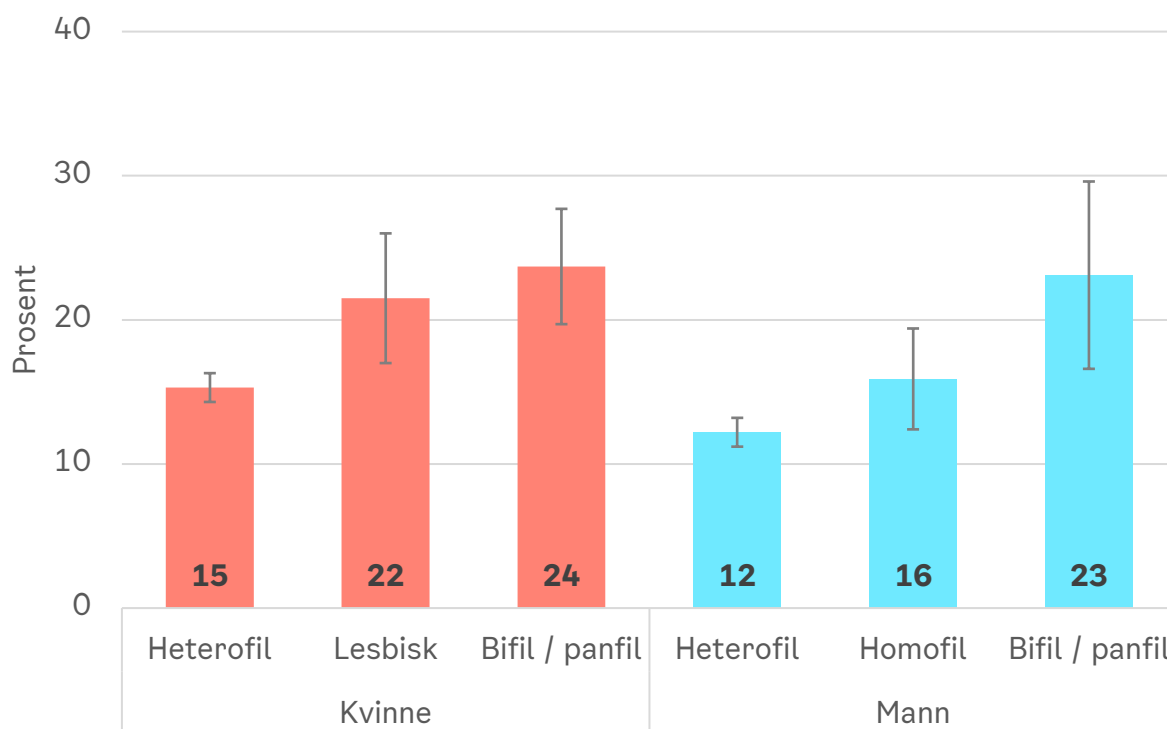
I undersøkelsen kartla vi om deltakerne oppfyller kriteriene for langvarige søvnplager. Noen kan slite med innsovning, mens andre kan være plaget av urolig nattesøvn med hyppige oppvåkninger. For å oppfylle kriteriene for langvarige søvnplager i undersøkelsen, må deltakerne:

- ha hatt søvnplager i minst 3 måneder
- ha bekreftet at søvmangelen har gjort dem trøtte og søvnige på dagtid (24).

4.4.1 1 av 5 lhb+-personer strever med langvarige søvnplager

21 prosent av lhb+-personer har langvarige søvnplager, mens andelen er 14 prosent blant ikke-lhb+-personer. Forskjellen på **7 prosentpoeng** regnes som **moderat**.

Figur 4-10 viser at langvarige søvnplager er relativt jevnt fordelt blant de med ikke-heterofil orientering, der andelen ligger mellom 22–24 prosent. Andelen er lavest blant heterofile menn.

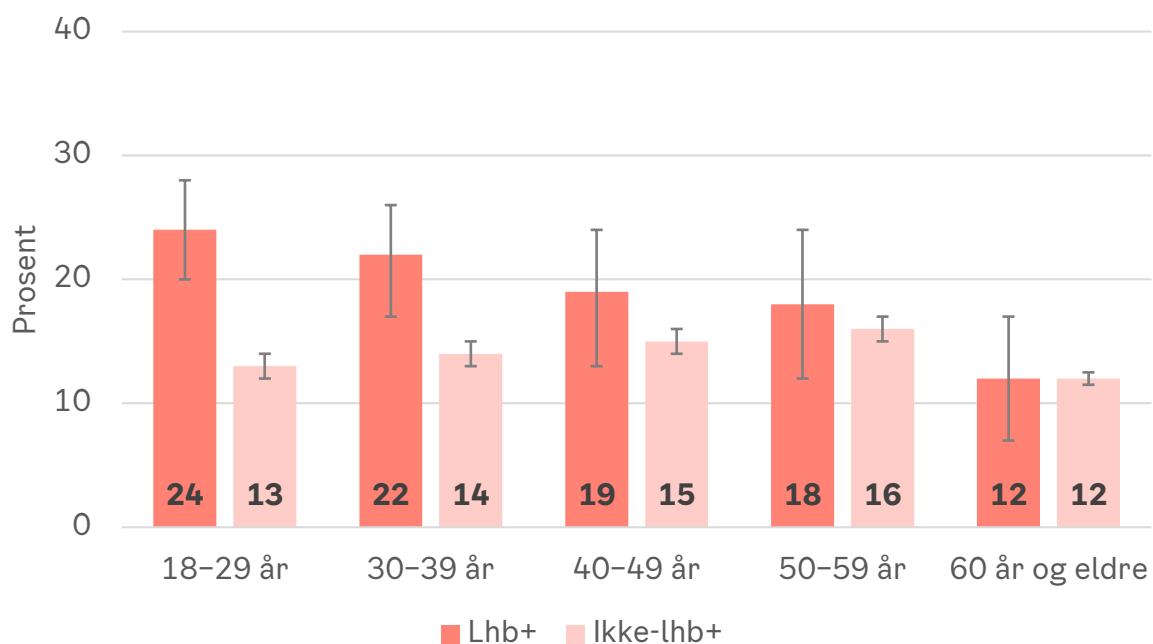


Figur 4-10. Andel med langvarige søvnplager, etter seksuell orientering og kjønn. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Strekene indikerer 95 % konfidensintervaller.

4.4.2 Dobbelt så mange unge lhb+-personer med langvarige søvnplager som jevnaldrende ikke-lhb+-personer

Figur 4-11 viser at andelen med langvarige søvnplager er omtrent **dobbelt så høy** blant lhb+-personer i gruppen 18–29 år enn blant jevnaldrende ikke-lhb+-personer. Den er også høyere i gruppen 30–39 år. For de 40 år og eldre er forskjellene små.

Figuren viser også et interessant mønster. Blant lhb+-personer avtar søvnplagene med alderen. Blant ikke-lhb+-personer derimot øker søvnplagene frem til 50–59 år, før de avtar svakt i de eldre aldersgruppene.



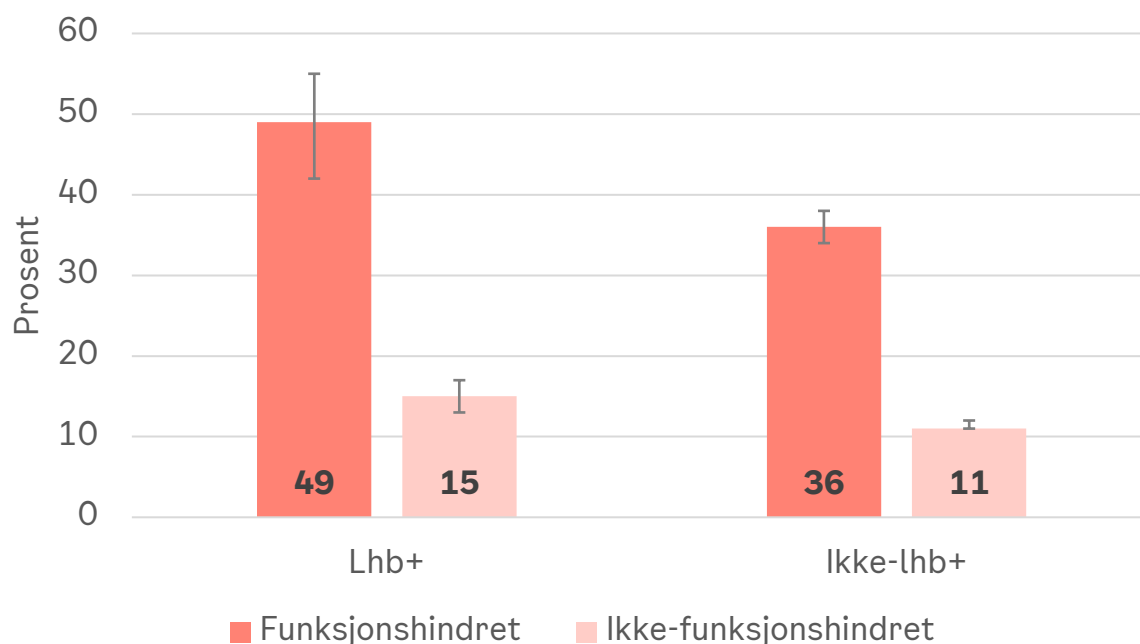
Figur 4-11. Andel med langvarige søvnplager, etter lhb+-status og alder. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall. Strekene indikerer 95 % konfidensintervaller.

4.4.3 Forskjeller i flere grupper

Langvarige søvnplager er vanligere blant lhb+-personer (og ikke-lhb+-personer):

- med **lavere utdanning** (enn de med høyere utdanning)
- som **har kjæreste, enslige og enke/enkemenn** (enn de som er gift, har samboer eller registrert med partner)
- med **funksjonshindring** (enn de uten funksjonshindring)

Figur 4-12 viser andel med langvarige søvnplager etter funksjonshindring: For resultater i de øvrige gruppene, se tabell 11-4 (Vedlegg 3).



Figur 4-12. Andel med langvarige søvnplager, etter lhb+-status og funksjonshindring. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Strekene indikerer 95 % konfidensintervaller.

4.5 Livstilfredshet

Livstilfredshet sier noe om hvordan folk oppfatter livene sine, og er ett av de mest brukte målene på livskvalitet.

I undersøkelsen vurderte deltakerne sin tilfredshet med livet som helhet på en skala fra 0 til 10 poeng, der 0 er «Ikke fornøyd i det hele tatt» og 10 er «Svært fornøyd» (24). For å gjøre tallene mer relevant, ble skalaen delt inn i:

- Lav livstilfredshet (0–5 poeng)
- Middels livstilfredshet (6–7 poeng)
- Høy livstilfredshet (8–10 poeng)

I kapittelet rettes søkelyset mot høy og lav livstilfredshet.

4.5.1 Nær 40 prosent av lhb+-personer med høy livstilfredshet

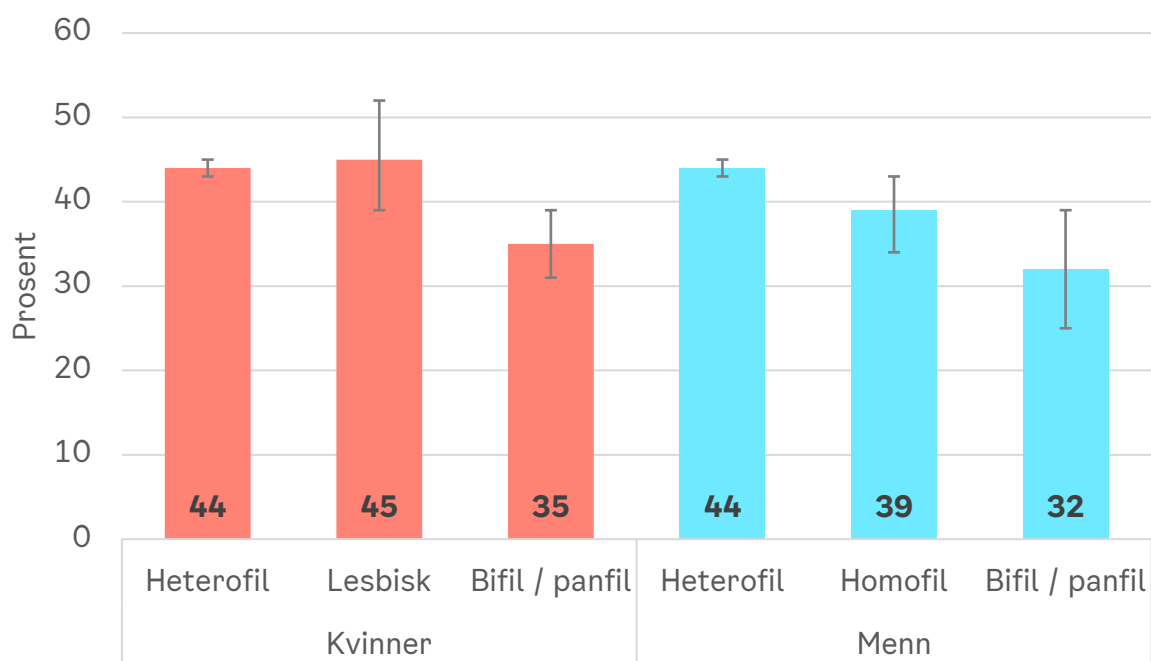
Analysene viser at en stor andel av lhb+-personer rapporterer høy livstilfredshet (37 %). Andelen er derimot noe lavere enn blant ikke-lhb+-personer (44 %).

Motsatt finner vi en høyere andel med lav livstilfredshet blant lhb+-personer (30 %) enn blant ikke-lhb+-personer (22 %).

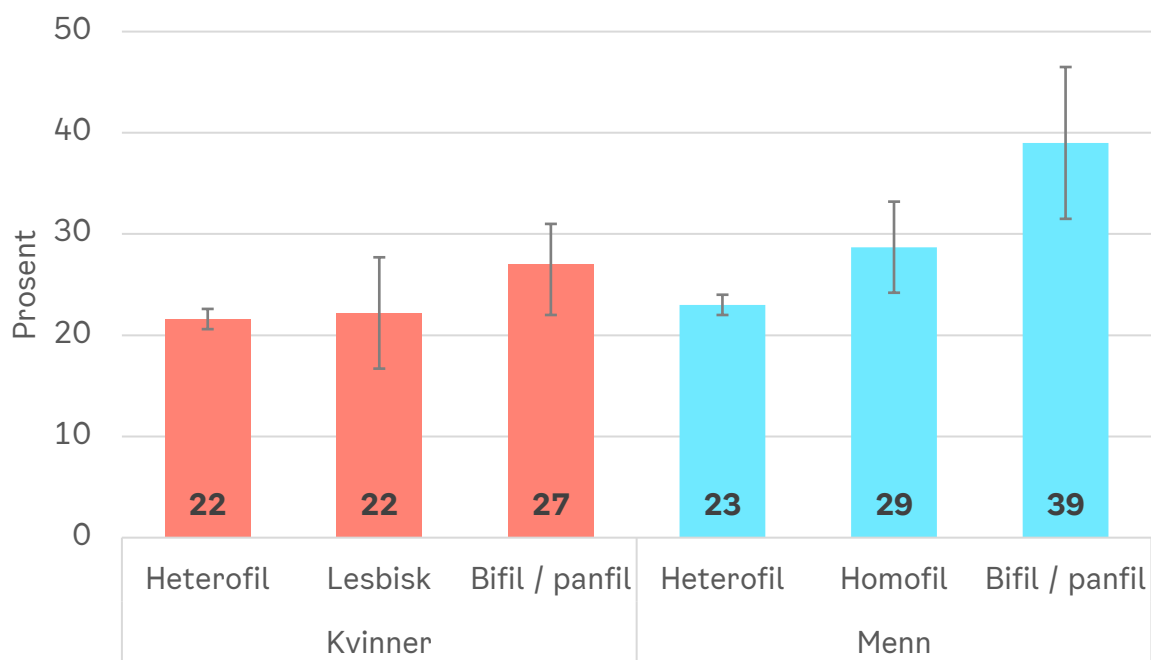
Forskjellene på **7–8 prosentpoeng** ansees som moderate.

4.5.2 Livstilfredsheten like god blant lesbiske som heterofile

Figur 4.13 og figur 4-14 viser at forskjellene mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer er mindre her enn for mange andre indikatorer i dette kapittelet. Lesbiske kvinner ligger på nivå med heterofile kvinner. Også homofile menn har kun svakt lavere livstilfredshet enn heterofile. Blant bi/panfile derimot er livstilfredsheten lavere enn blant heterofile og viser at forskjellene først og fremst er knyttet til spesifikke orienteringer.



Figur 4-13. Andel med høy livstilfredshet, etter seksuell orientering og kjønn. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Strekene indikerer 95 % konfidensintervaller.

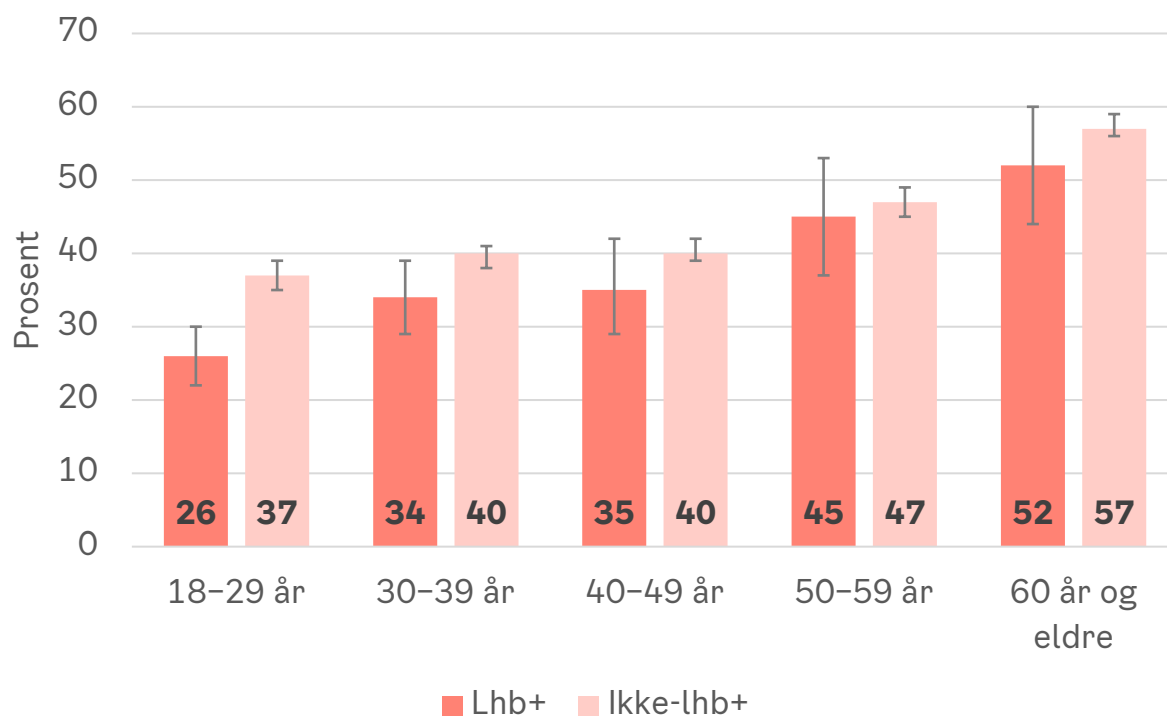


Figur 4-14. Andel med lav livstilfredshet, etter seksuell orientering og kjønn. Oslo. 2024.
Vektete og aldersjusterte tall. Strekene indikerer 95 % konfidensintervaller.

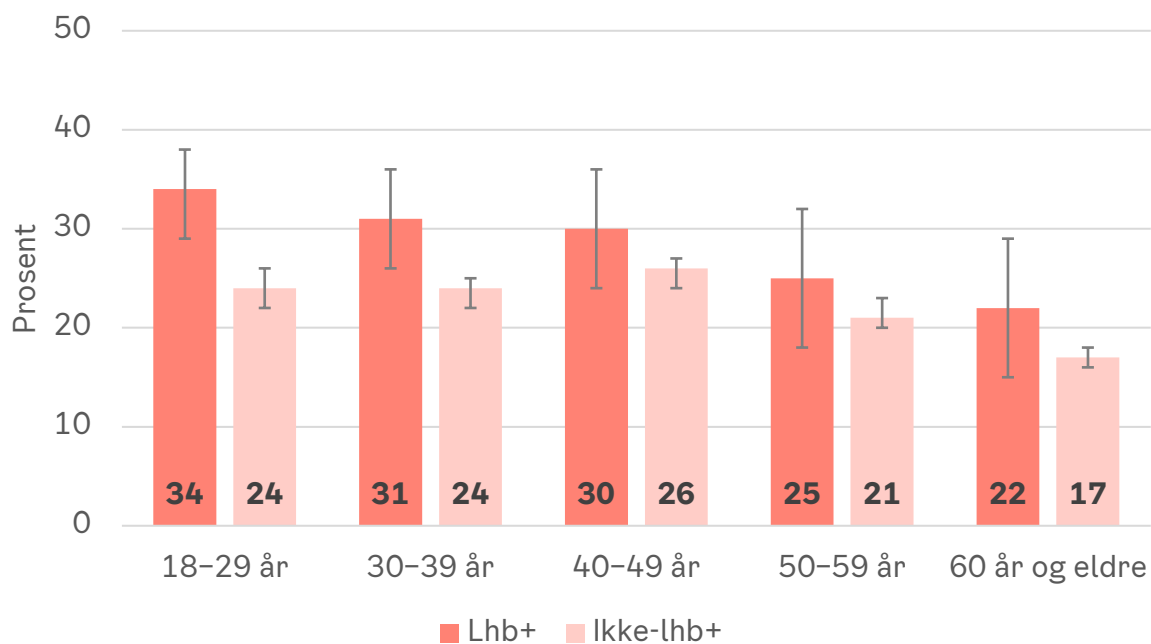
4.5.3 Livstilfredsheten øker med alderen

I figur 4-15 og 4-16 ser vi at livstilfredsheten øker jevnt med alder i begge grupper. De yngste har lavest nivå, og de eldste har høyest.

Forskjellene mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer er tydeligst blant unge. Med økende alder blir forskjellene mindre. Dette mønsteret er likt de vi ser for flere av de andre indikatorene i dette kapittelet.



Figur 4-15. Andel med høy livstilfredshet, etter lhb+-status og alder. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall. Strekene indikerer 95 % konfidensintervaller.



Figur 4-16. Andel med lav livstilfredshet, etter lhb+-status og alder. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall. Strekene indikerer 95 % konfidensintervaller.

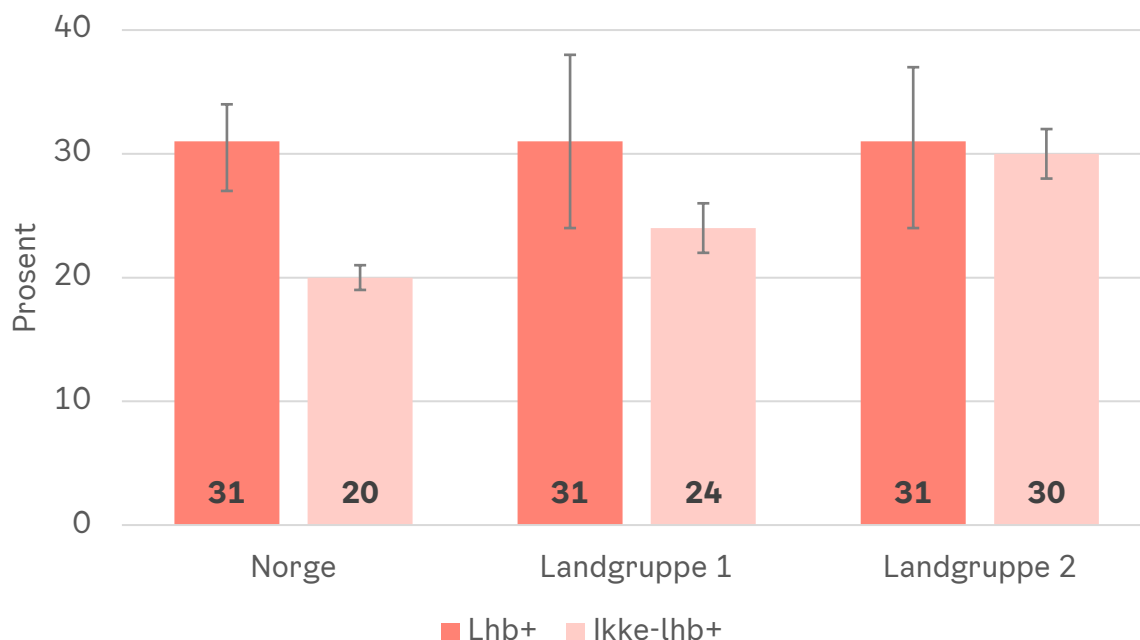
4.5.4 Forskjeller i flere grupper

Livstilfredsheten er høyere blant lhb+-personer (og ikke-lhb+-personer):

- med **høyere utdanning** (enn de med lavere utdanning)
- som er **gift, har samboer eller registrert med partner** (enn de som har kjæreste eller som er enslig eller enke/enkemenn)
- bosatt i **ytre by vest** (enn de bosatt i andre områder i Oslo)
- uten **funksjonshindring** (enn de med funksjonshindring)

Vi finner en interessant forskjell i livstilfredshet mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer etter innvandrerbakgrunn. Blant lhb+-personer er det ingen forskjeller i livstilfredshet innad i ulike landgrupper. Blant ikke-lhb+-personer er mønsteret annerledes. Her oppgir deltakere fra landgruppe 2 lavere livstilfredshet, enn de født i Norge og fra landgruppe 1.

Figur 4.17 viser andel med lav livstilfredshet etter innvandrerbakgrunn. For resultater i de øvrige gruppene, se tabell 11-5 og tabell 11-6 (Vedlegg 3).



Figur 4-17. Andel med lav livstilfredshet, etter lhb+-status og innvandrerbakgrunn. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Strekene indikerer 95 % konfidensintervaller.

4.6 Faktorer som henger sammen med helse og livskvalitet

For å undersøke hvilke faktorer som har størst betydning for lhb+-personers helse og livskvalitet, også når vi gjensidig justerer for effekten av de ulike faktorene, gjorde vi en regresjonsanalyse. Mål på helse og livskvalitet inkluderer god egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet.

Analysene viser særlig sterke sammenhenger for:

- **Funksjonshindring**
 - 5 ganger høyere sjanse for psykiske plager og 4 ganger høyere sjanse for lav livstilfredshet.
- **Sivilstatus**
 - Omtrent dobbelt så høy sjanse for psykiske plager og lav livstilfredshet blant enslige og enke/enkemenn, sammenlignet med de som er gift, har samboer eller registrert med partner.
- **Bi/panfile**
 - Gjennomgående dårligere utfall, sammenlignet med lesbiske og homofile.

Når det gjelder **alder, kjønn, utdanning, bydel og innvandrerbakgrunn**, varierer betydningen av disse faktorene etter type utfallsmål – For noen utfallsmål er det en sammenheng, for andre ikke.

Detaljerte resultater fra analysene vises i tabell 11-7 (Vedlegg 3).

5 Bruk og udekket behov for helsetjenester

Hovedfunn



- De fleste kontakter legen når de trenger det.
- Nesten dobbelt så mange lhb+-personer har vært i kontakt med psykiske helsetjenester i løpet av det siste året (29 %), enn ikke-lhb+-personer (17 %).
- Hver 6. lhb+-person rapporterer et udekket behov for psykiske helsetjenester.
- Andelen med udekket behov for psykiske helsetjenester er spesielt fremtredende blant bi/panfile menn (25 %), unge voksne (28 %) og personer med funksjonshindring (26 %).
- Tidligere negative erfaringer med å ikke få hjelp, vansker med å få time og økonomiske hensyn trekkes fram som sentrale årsaker til udekket behov for psykisk helsehjelp blant lhb+-gruppen.
- Udekket behov for tannlegetjenester er noe vanligere blant lhb+ enn ikke-lhb+-personer, og økonomi trekkes frem som den viktigste barrieren for kontakt i begge grupper.
- 1 av 5 lhb+-personer med innvandrerbakgrunn oppgir et udekket behov for tannlegetjenester.

Helsetjenestene inngår som ett av flere områder som kan bidra til å forebygge sykdom, fremme helse og redusere sosiale forskjeller i helse (42). Når innbyggere har tilgang til nødvendige helsetjenester, kan sykdom forebygges, behandles og følges opp på en god måte. For lhb+-personer er det særlig viktig at helsetjenestene er tilgjengelige, trygge og likeverdige. Tidligere forskning viser at seksuelle minoriteter kan møte omfattende barrierer i kontakt med helsetjenestene, blant annet knyttet til stigma, diskriminering, tidligere negative erfaringer og bekymringer for å ikke bli forstått (43). Disse barrierene kan gjøre at mange lhb+-personer ikke får den hjelpen de trenger og bidrar til å forsterke eksisterende helseforskjeller.

Oslo kommune er forpliktet til å sikre mangfold, inkludering og likeverd i sine tjenester (44). Kunnskap om tilgang og behov for helsetjenester blant ulike grupper er viktig for å kunne dimensjonere og tilpasse tjenestene til gruppers behov, utfordringer og preferanser.

I dette kapittelet beskriver vi bruk av og udekket behov for lege-, psykisk helse-, og tannhelsetjenester. Vi utforsker også hvilke type tjenester de har kontaktet, og viktige barrierer for kontakt blant de med udekket behov. Til slutt ser vi nærmere på sammenhengen mellom udekket tjenestebehov og helse og livskvalitet.

5.1 Måling av bruk og udekket behov for helsetjenester

I Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 ble deltakerne spurt om de hadde hatt behov for hjelp fra en av følgende tjenester siste året:

- Legetjenester
- Psykiske helsetjenester
- Tannlegetjenester

Svaralternativene var:

- «Ja, og har søkt hjelp»
- «Ja, men har ikke søkt hjelp»
- «Nei».

I kapittelet skiller vi mellom bruk og udekket behov for tjenester. Udekket behov omfatter her dem med behov for helsetjenester, men som ikke hadde søkt hjelp. Det ble også stilt oppfølgingsspørsmål knyttet til hvilke tjenester deltakerne hadde kontaktet og årsak til udekket behov blant dem som ikke hadde søkt hjelp.

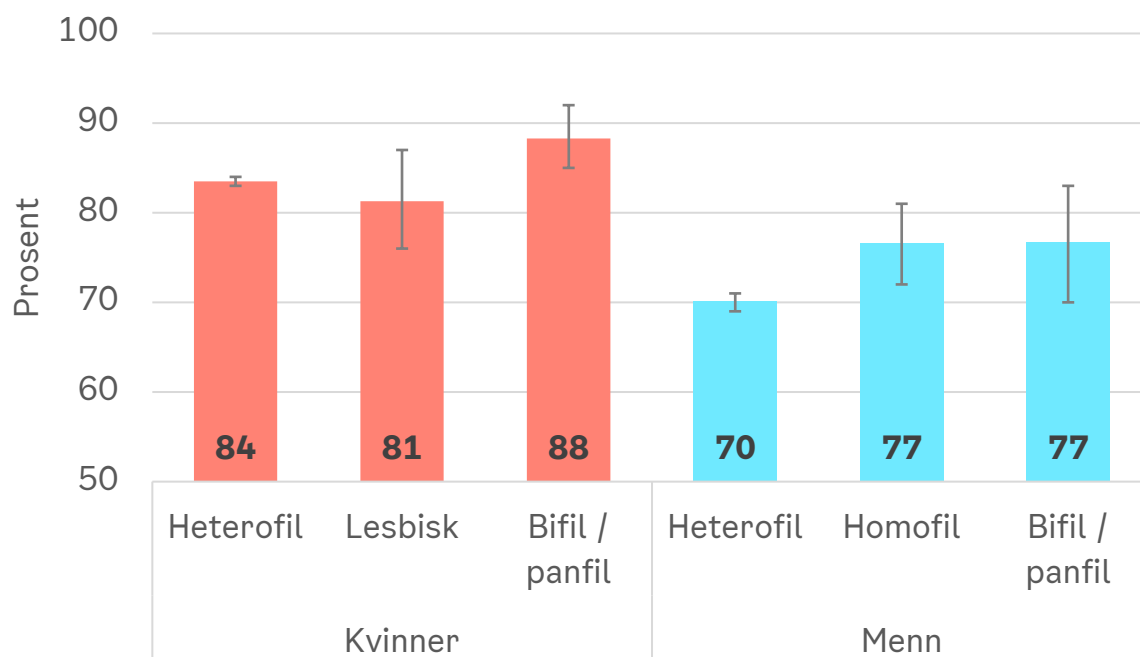
5.2 Bruk av helsetjenester

5.2.1 Legetjenester

81 prosent av lhb+-personer har vært hos legen siste året, mot 77 prosent blant ikke-lhb+-personer. Forskjellen på **4 prosentpoeng** regnes som **liten**.

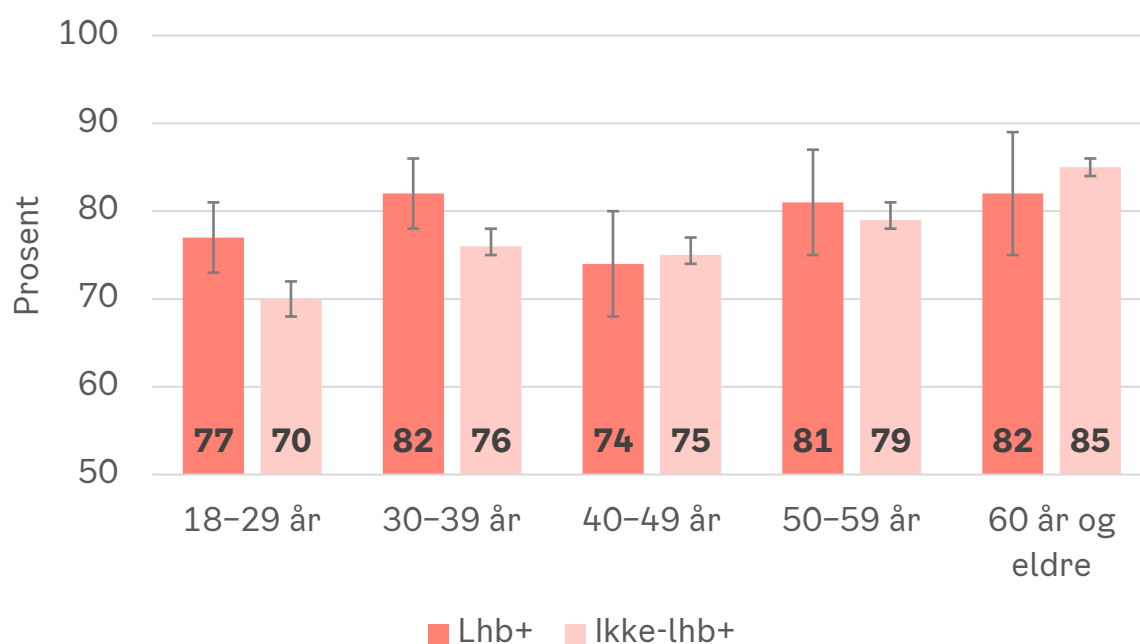
De fleste oppsøker fastlegen (92 %) når de trenger hjelp. Videre svarer mellom 23 og 30 prosent at de har vært i kontakt med legetjenester via offentlig sykehus, legevakt eller private legeforetak siste året. Kun 10 prosent har vært i kontakt med private sykehus. Det samme mønsteret finner vi blant ikke-lhb+-personer.

Figur 5-1 viser at flere kvinner enn menn har vært hos legen siste året, uavhengig av seksuell orientering. Andelen er høyest blant bi/panfile kvinner (88 %) og lavest blant heterofile menn (70 %). Forskjellen på **18 prosentpoeng** regnes som **stor**.



Figur 5-1. Andel som rapporterer kontakt med legetjenesten siste året, etter seksuell orientering og kjønn. Vektet og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

Figur 5-2 viser at bruken av legetjenester blant lhb+-personer er relativt lik på tvers av aldersgrupper. Dette er forskjellig fra ikke-lhb+-personer, der kontakten øker med alderen. Flere unge lhb+-personer kontakter tjenesten enn ikke-lhb+-personer. Mens for eldre er forskjellene mellom gruppene små.



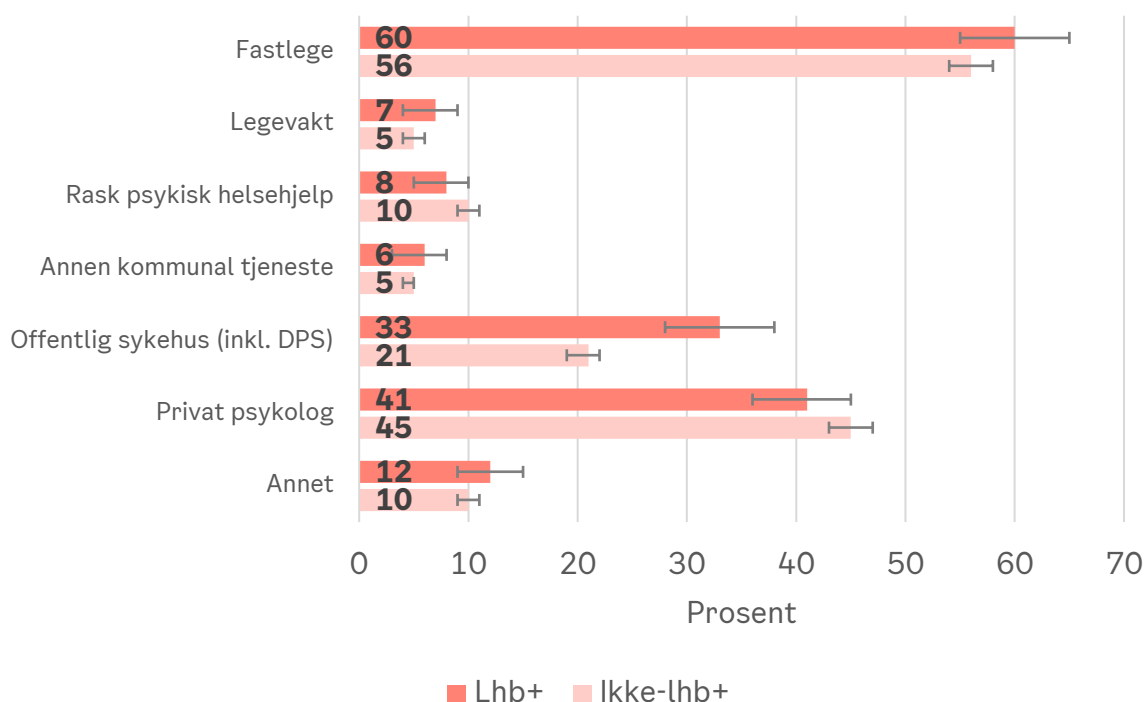
Figur 5-2. Andel i kontakt med legetjenester siste året, etter alder og lhb+-status. Vektet og ujusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

5.2.1 Psykiske helsetjenester

Flere lhb+-personer oppgir kontakt med psykiske helsetjenester siste året, sammenlignet med ikke-lhb+-personer:

- **Lhb+:** 29 prosent
- **Ikke-lhb+:** 17 prosent
- **Forskjell:** +12 prosentpoeng

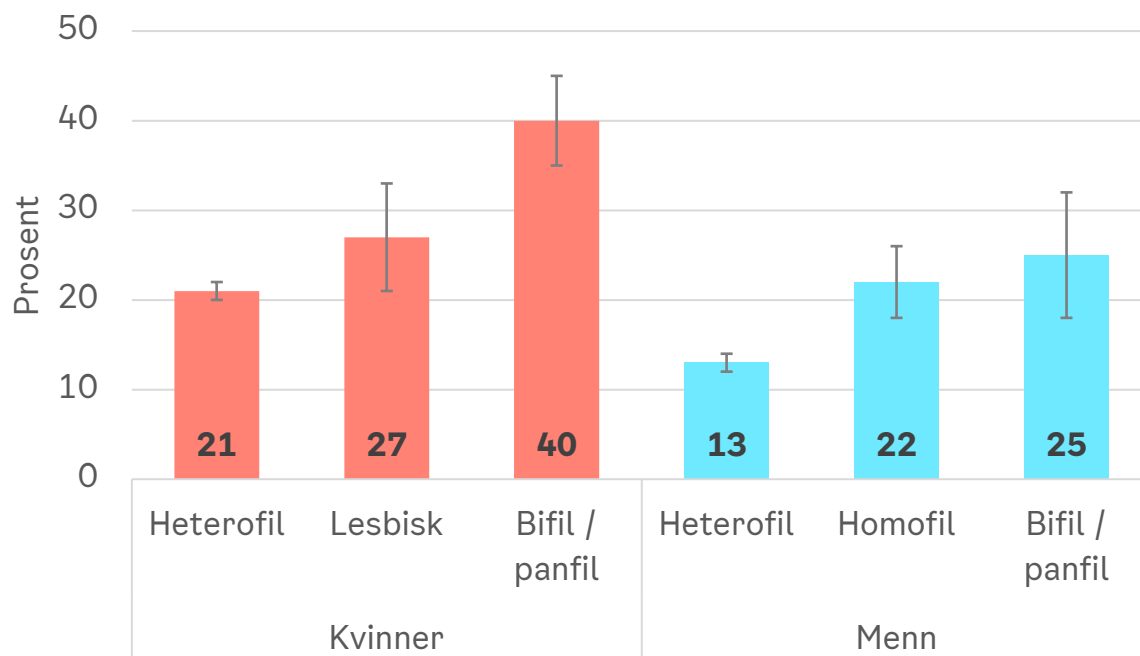
Når det gjelder hvilke tjenester de har kontaktet, er mønsteret noenlunde likt mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer (se figur 5-3). Med ett unntak: Andelen som har mottatt psykisk helsehjelp fra offentlig sykehus er på 33 prosent blant lhb+-personer og på 21 prosent blant ikke-lhb+-personer – en forskjell på 12 prosentpoeng.



Figur 5-3. Kontakt med ulike typer psykiske helsetjenester blant de som hadde søkt psykisk helsehjelp, etter lhb+-status. Andeler. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

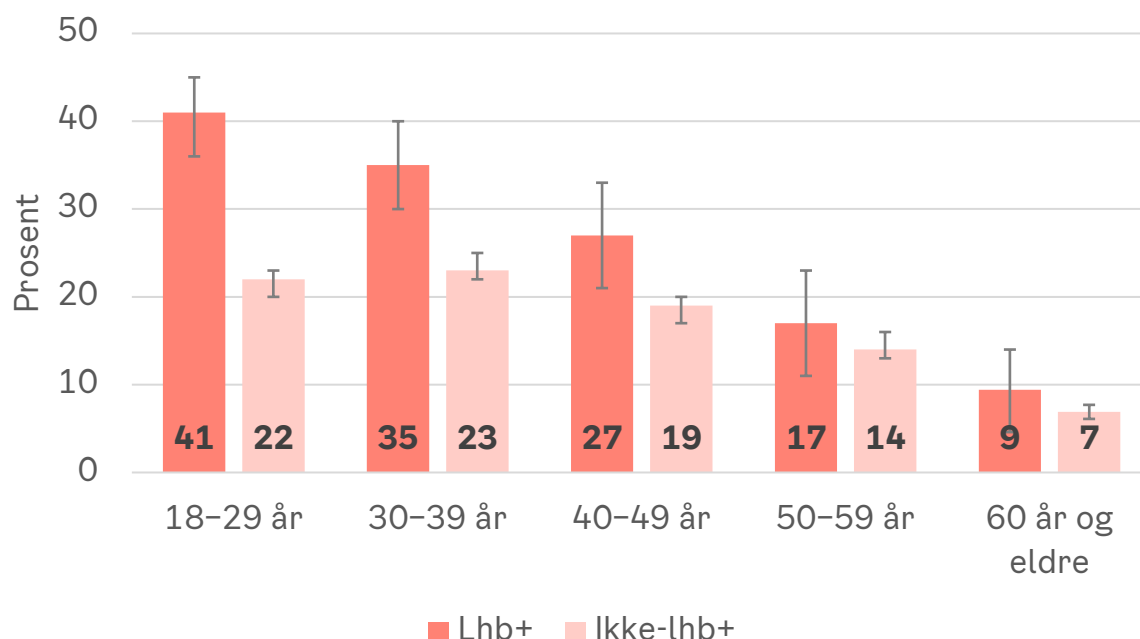
Figur 5-4 viser at det er store forskjeller i kontakt med psykiske helsetjenestene siste året, etter kjønn og seksuell orientering. Forskjellen mellom gruppen med lavest (heterofile menn) og høyest

(bifile/panfile kvinner) andel er på hele **27 prosentpoeng**. I tillegg til bi/panfile kvinner, er også kontaktandelen høyere blant heterofile kvinner, lesbiske, homofile og bi/panfile menn, sammenlignet med heterofile menn.



Figur 5-4. Andel som oppgir kontakt med psykiske helsetjenester siste året, etter kjønn og seksuell orientering. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

Figur 5-5 viser at i alt **fire ganger** flere lhb+-personer i gruppen 18-29 år oppgir å ha mottatt psykisk helsehjelp siste året enn de 60 år og eldre, og kontakten går jevnt nedover jo eldre deltakerne blir. Når det gjelder forskjeller mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer, oppgir 41 prosent av lhb+-personer 18-29 år å ha vært i kontakt med de psykiske helsetjenestene siste året. Dette er 19 prosentpoeng høyere enn blant jevnaldrende ikke-lhb+-personer. Tilsvarende forskjeller finner vi også i aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år.



Figur 5-5. Andel i kontakt med psykiske helsetjenester siste året, etter alder og lhb+-status. Vektet og ujusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

5.2.2 Tannlegetjenester

59 prosent av lhb+-personer oppgir at de har vært hos tannlegen siste året. Dette er noe høyere enn blant ikke-lhb+-personer, der andelen er 54 prosent. Kontakten med tannlegen siste året er lavere blant heterofile menn og bi/panfile, enn de øvrige gruppene. Den er også lavere blant unge voksne sammenlignet med eldre.

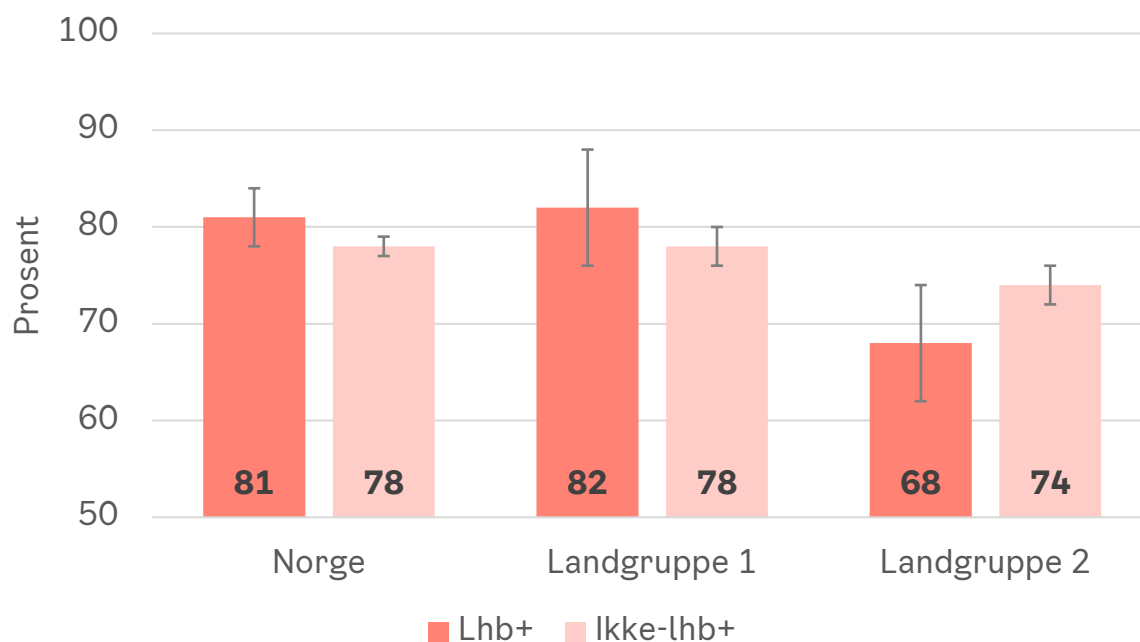
5.2.3 Forskjeller i bruk av helsetjenester i andre grupper

Det er særlig to grupper som skiller seg ut når det gjelder bruk av helsetjenester:

- Personer fra landgruppe 2
- Personer med funksjonshindring

Færre personer fra landgruppe 2 er i kontakt med legen sammenlignet med de født i Norge, og færre har mottatt tannbehandling. Noe tilsvarende finner vi blant personer med funksjonshindring, enn de uten funksjonshindring. I figur 5-6 viser vi resultater for kontakt med lege, etter innvandrerbakgrunn.

For resultater i flere grupper, se tabell 11-8 til 11-12 (Vedlegg 3).



Figur 5-6. Andel som rapporterer kontakt med legetjenester siste året, etter innvandrerbakgrunn og lhb+-status. Vektet og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

5.3 Udekket behov for helsetjenester

5.3.1 Legetjenester

Et fåtall av både lhb+- og ikke-lhb+-personer oppgir et udekket behov for legetjenester (lhb+: 5 %, ikke-lhb+: 4 %).

Antallet med et udekket behov er for lavt til å gjøre mer detaljerte analyser knyttet til forskjeller og årsaker til udekket behov.

5.3.2 Psykiske helsetjenester

I tillegg til høyere kontakt, er det også det udekkede behovet for psykiske helsetjenester større blant lhb+- enn ikke-lhb+-personer:

- **Lhb+:** 17 prosent
- **Ikke-lhb+:** 10 prosent
- **Forskjell:** +7 prosentpoeng

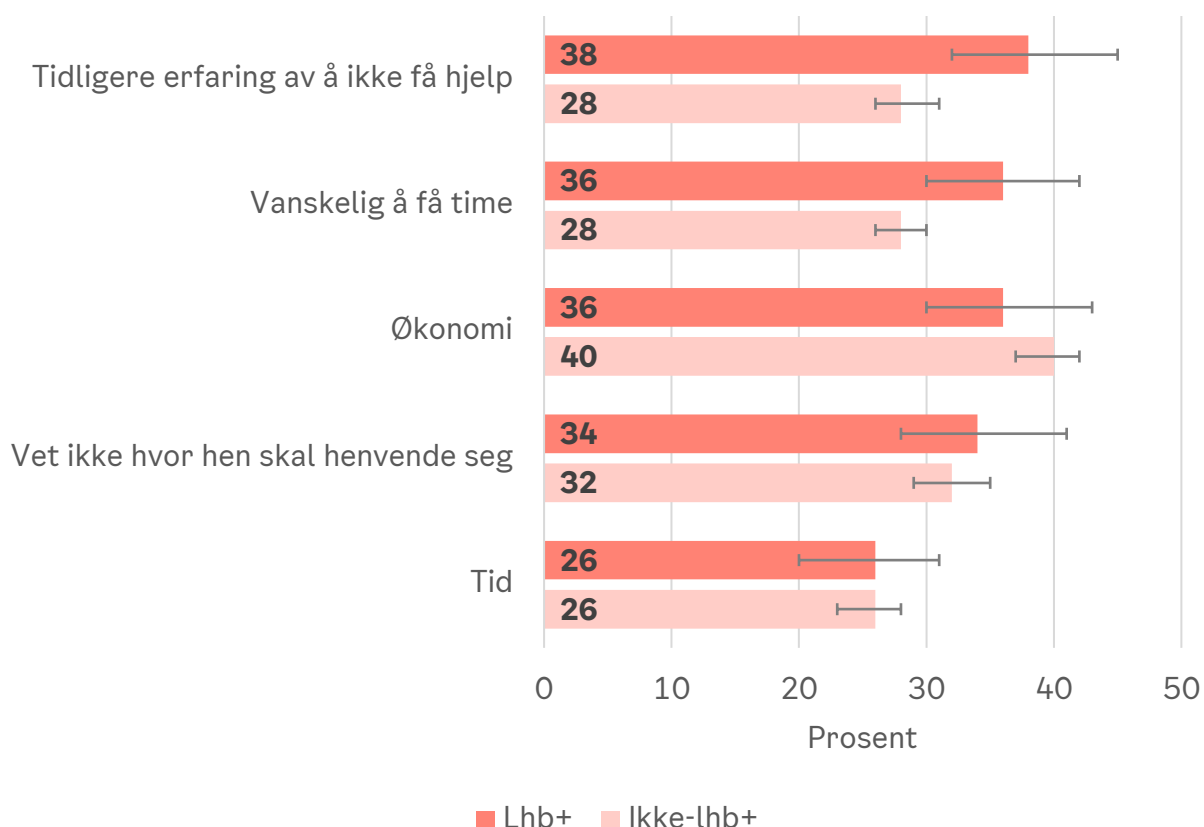
Omregnet i antall tilsvarende det rundt 8 000 lhb+-personer 18 år og eldre i Oslo med udekket behov for psykisk helsetjenester i 2024.

For å bedre forstå hvorfor det er et udekket behov for psykisk helsehjelp, spurte vi deltakerne hva de mener er årsaken til dette. De vanligste årsakene blant lhb+-personer er:

- Tidligere erfaringer av å ikke få hjelp (38 %)
- Vanskelig å få time (36 %)
- Økonomi (36 %)
- Vet ikke hvor jeg skal henvende seg (34 %)
- Tid (26 %)

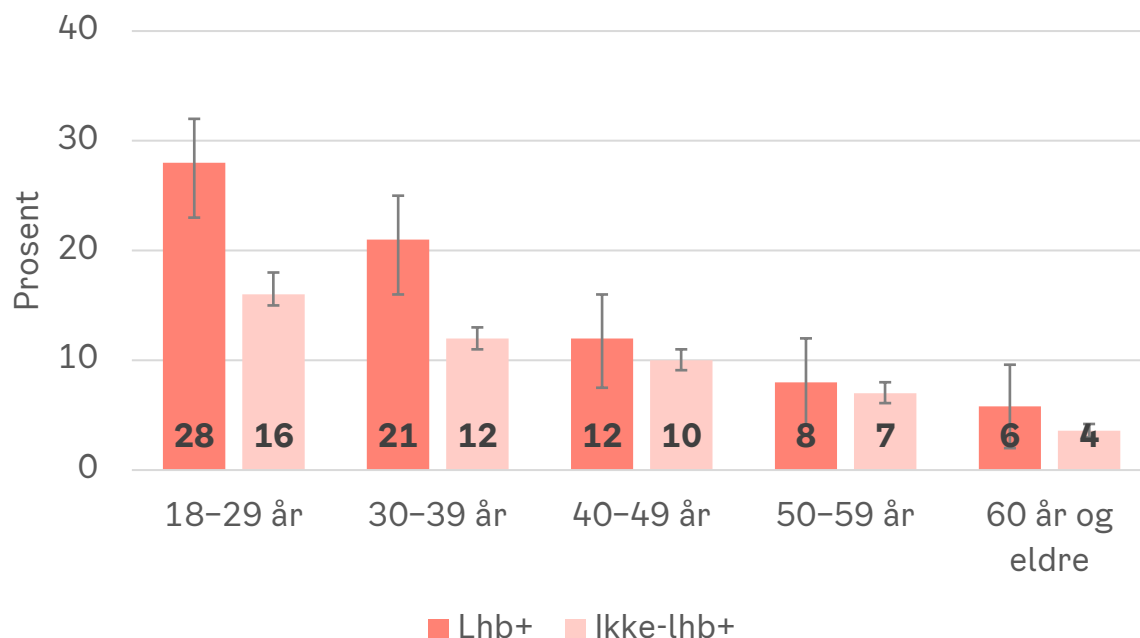
Dette er de samme hovedgrunnene som det ikke-lhb+-personer oppgir. Men det er noen viktige forskjeller: Tidligere erfaring av å ikke få hjelp og problemer med å få time er vanligere grunner til ikke-kontakt blant lhb+-personer, sammenlignet med ikke-lhb+-personer. Ingen av årsakene er mer utbredt blant ikke-lhb+-personer (se figur 5-7).

Andre viktige barrierer som hindrer lhb+-personer å ta kontakt med de psykiske helsetjenestene, er knyttet til frykt for stigma (20 %), frykt for diskriminering (10 %) og manglende tilrettelegging (8 %).



Figur 5-7. Årsaker til udekket behov for psykisk helsehjelp siste året, etter lhb+-status. Andeler. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

Figur 5-8 viser at det udekkede behovet for psykiske helsetjenester er nesten **dobbelt så høyt** blant lhb+-personer i gruppene 18–29 år og 30–39 år, sammenlignet med jevnaldrende ikke-lhb+-personer. Fra 40 år og utover er forskjellene mellom gruppene små.



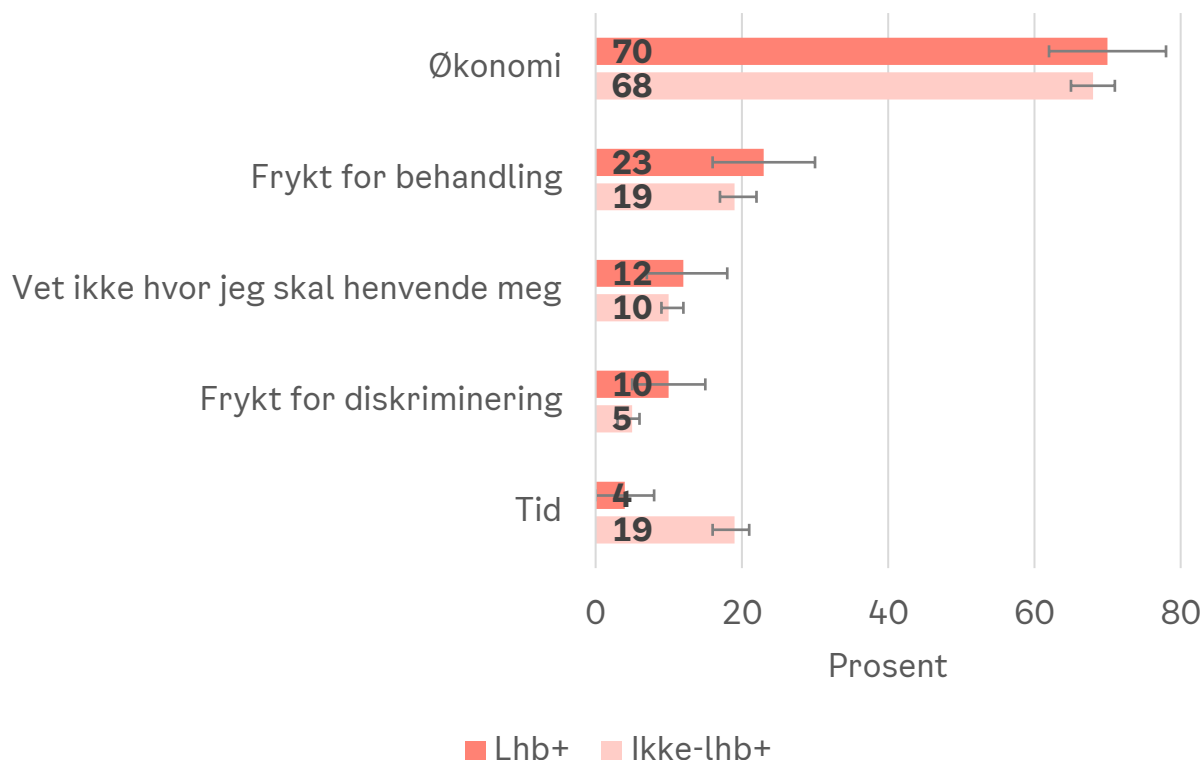
Figur 5-8. Andel som oppgir udekket behov for psykiske helsetjenester siste året, etter alder og lhb+-status. Vektete og justerte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

5.3.3 Tannlegetjenester

I tillegg til at flere tar kontakt, er også det udekkede behovet for tannlegetjenester høyere blant lhb+-personer enn blant ikke-lhb+-personer: 12 prosent mot 8 prosent. Forskjellen er på **4 prosentpoeng**. Omregnet i antall vil det tilsi at rundt 5 600 lhb+-personer i Oslo ikke har vært hos tannlegen, selv om de trenger det.

Figur 5-9 viser at økonomi er den desidert viktigste grunnen til et udekket behov for tannbehandling blant lhb+-personer – i alt 7 av 10 lhb+-personer oppgir dette. En stor andel av lhb+-personer svarer også frykt for tannbehandling som viktig grunn (23 %). 12 prosent eller færre har krysset av for årsakene «Vet ikke hvor jeg skal henvende meg», «Frykt for diskriminering» og «Tid».

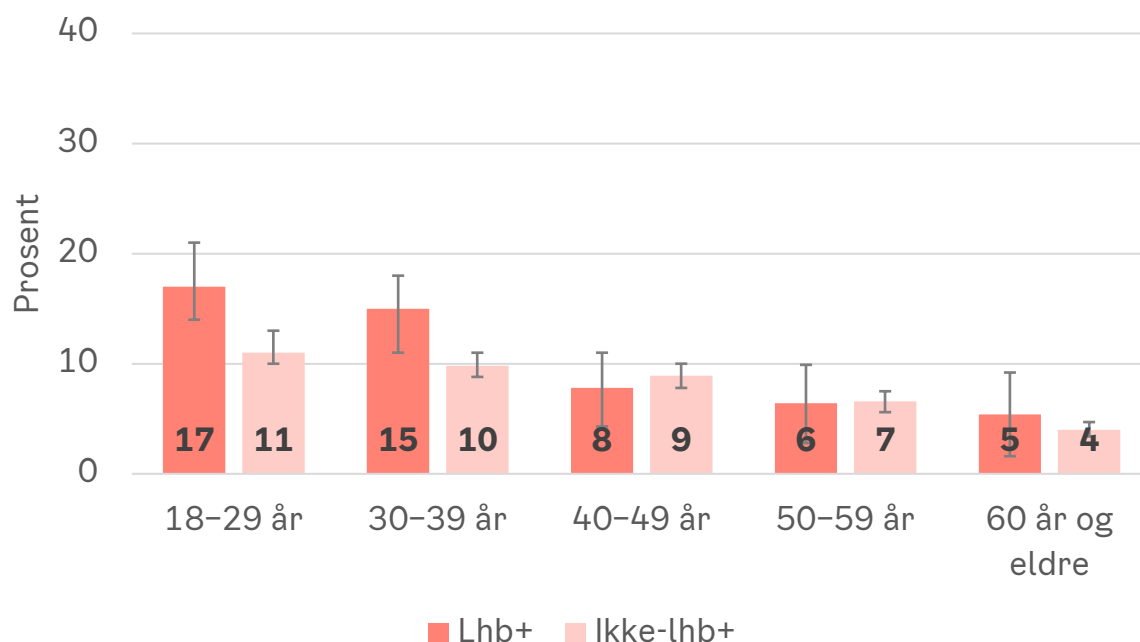
Svarene mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer er like. Med ett unntak: Blant ikke-lhb+-personer oppgir 19 prosent tid som årsak til udekket behov for tannbehandling. Dette er 5 ganger flere enn blant lhb+-personer (4 %). Tid er dermed sammen med frykt for behandling, den nest viktigste årsaken til udekket tannlegebehov blant ikke-lhb+-personer.



Figur 5-9. Årsaker til udekket behov for tannlegetjenester, etter lhb+-status. Andeler. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

Når det gjelder forskjeller etter kjønn og seksuell orientering, er det udekkede behovet for tannlegetjenester høyere blant menn enn kvinner. Innenfor hvert kjønn er det ingen forskjeller i udekket behov mellom de ulike orienteringene (resultater ikke vist).

For alder er det udekkede behovet for tannlegetjenester **3 ganger høyere** blant unge voksne som blant eldre. Det er også et større udekket behov for tannlegetjenester blant lhb+-personer i aldersgruppene 18–29 år og 30–39 år, sammenlignet med jevnaldrende ikke-lhb+-personer. Blant de eldre aldersgruppene, er det ingen forskjeller (se figur 5-10).



Figur 5-10. Andel som oppgir udekket behov for tannlegetjenester siste året, etter alder og lhb+-status. Vektete og ujusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

5.3.4 Forskjeller i udekket behov for helsetjenester i flere grupper

I likhet med bruk av helsetjenester, er det særlig to grupper som skiller seg ut når det gjelder udekket behov for helsetjenester:

- Personer med innvandrerbakgrunn
- Personer med funksjonshindring

Dette gjelder særlig for tannbehandling. Blant lhb+-personer med funksjonshindring er det udekkede behovet for tannbehandling 23 prosent, mens andelen er 11 prosent blant de uten funksjonshindring. Forskjellen på **12 prosentpoeng** regnes som **stor**.

Også lhb+-personer fra landgruppe 2 har et større behov for tannbehandling:

- **Norge:** 12 prosent
- **Landgruppe 1:** 9 prosent
- **Landgruppe 2:** 21 prosent

Se tabell 11-8 til 11-12 (Vedlegg 3) for flere resultater.

5.4 Udekket behov for helsetjenester henger sammen med lhb+-personers helse og livskvalitet

Flere analyser ble gjort for å undersøke sammenhengene mellom i) udekket behov for psykisk helsetjenester og ulike mål på helse og livskvalitet, og ii) udekket behov for tannlegetjenester og ulike mål på helse og livskvalitet. Analysene ble kun utført blant lhb+-personer, der de med udekket behov for helsetjenester ble sammenlignet med de uten udekket behov. Mål på helse og livskvalitet inkluderte dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet. For tannhelsetjenester, byttet vi ut psykiske plager med dårlig egenvurdert tannhelse, da dette henger tett sammen med behovet for slike tjenester. I metodekapittelet gis en beskrivelse av hvordan analysene ble gjennomført.

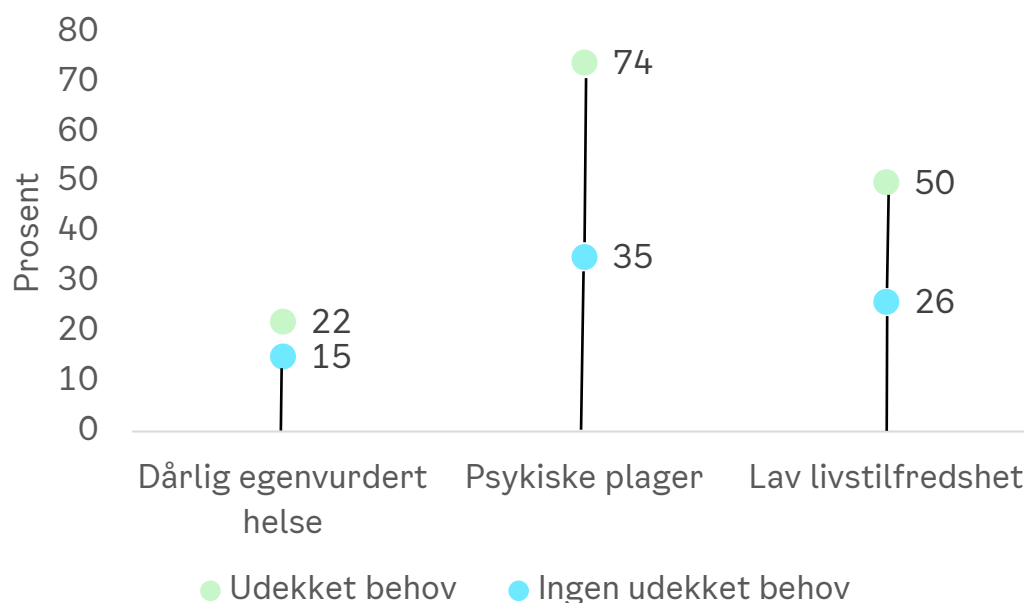
Analysene er både ujusterte og justert for alder, kjønn og andre faktorer. Resultatene er nesten like i begge tilfeller (se tabell 12-24 til 12-26). I kapitlene under presenterer vi derfor kun de ujusterte tallene.

5.4.1 Psykiske helsetjenester

Sammenlignet med de uten udekket behov, har lhb+-personer med udekket behov for psykisk helsetjenester:

- +7 prosentpoeng dårlig egenvurdert helse
- +39 prosentpoeng psykiske plager
- +24 prosentpoeng lav livstilfredshet

For psykiske plager og lav livstilfredshet, er forskjellene mellom de med og uten udekket behov ansett som store. For dårlig egenvurdert helse er forskjellene mellom gruppene små og ikke statistisk signifikant (se tabell 11-24 til 11-26).



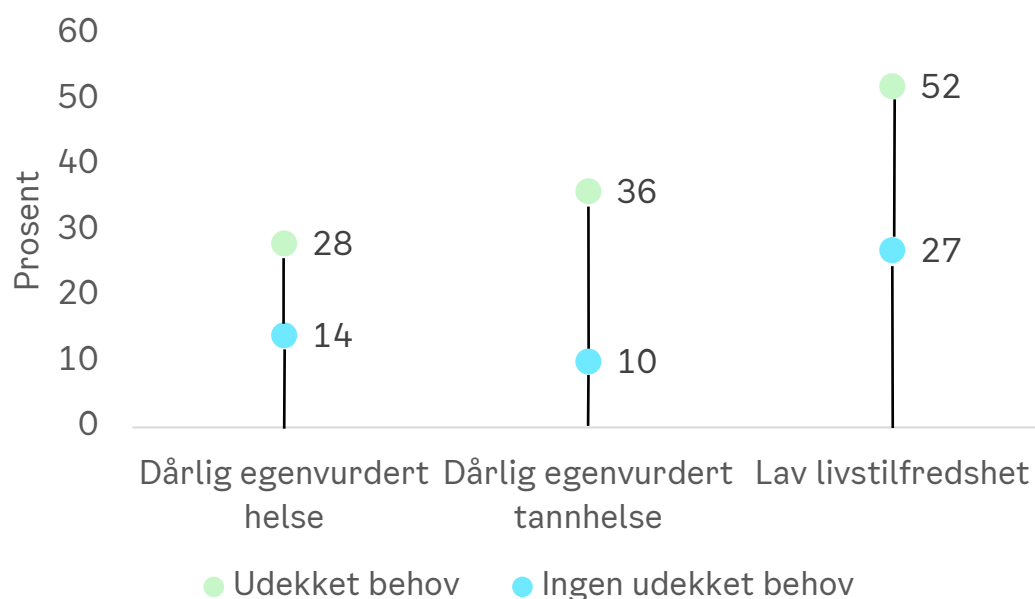
Figur 5-11. Andel med dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet blant lhb+-personer, etter udekket behov for psykiske helsetjenester. Vektet og ujusterte tall.

5.4.2 Tannlegetjenester

Blant lhb+-personer med udekket behov for tannlegetjenester:

- ... vurderer 36 prosent sin egen tannhelse som dårlig og 52 prosent oppgir å være lite tilfredse med livet som helhet.
- ... har nesten 4 ganger så mange dårlig egenvurdert tannhelse, sammenlignet med de uten udekket behov.
- ... er andelen dårlig egenvurdert helse og lav livstilfredshet dobbelt så høy, sammenlignet med de uten udekket behov.

Figur 5-12 viser de faktiske prosentandelene. Jo større avstand det er mellom punktene i figuren, desto større er forskjellene mellom gruppene.



Figur 5-12. Andel som oppgir dårlig egenvurdert helse, dårlig egenvurdert tannhelse og lav livstilfredshet blant lhb+-personer, etter udekket behov for tannhelsetjenester. Vektete og ujusterte tall.

6 Helsekompetanse

Hovedfunn



- Lhb+-personers helsekompetanse er generelt god, der de i 78 prosent av spørsmålene oppgir det som lett eller veldig lett å finne, vurdere og bruke helseinformasjon.
- Helsekompetansen blant lesbiske og homofile er på nivå med heterofile, mens den er noe lavere blant bi/panfile.
- Helsekompetansen blant lhb+-personer øker jevnt med alder, fra 71 poeng blant de 18-29 år til 90 poeng blant de 60 år og eldre.
- Blant lhb+-personer er helsekompetansen lavest blant unge voksne (71 poeng), de med lavere utdanning (70 poeng) og de med funksjonshindring (63 poeng).
- Det ble ikke funnet forskjeller i helsekompetanse verken etter innvandrerbakgrunn eller byområder.
- Blant lhb+-personer med lavest skåre på helsekompetanse, oppgir 30 prosent dårlig egenvurdert helse, imot 6 prosent blant de med høyest helsekompetanse. Store forskjeller ble også funnet for utfallsmål som psykiske plager, lav livstilfredshet og udekket behov for helsetjenester.

Helsekompetanse handler om hvordan enkeltpersoner forstår, vurderer og bruker helseinformasjon for å ta gode beslutninger om egen helse, og skal gjøre det lettere å forstå hvordan helse- og omsorgstjenestene fungerer, og å finne frem til riktig hjelp (45,46). Økt helsekompetanse kan bidra til å utjevne sosiale forskjeller i helse, og til likeverdige helsetjenester (47,48).

I dette kapittelet presenterer vi tall på helsekompetanse blant lhb+- og ikke-lhb+-personer i Oslo, forskjeller etter ulike kjennetegn og i hvilken grad helsekompetanse henger sammen med ulike mål på helse, livskvalitet og udekket behov for helsetjenester.

6.1 Måling av helsekompetanse

I Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 benyttet vi kortversjonen av spørreskjemaet Health Literacy Population Survey Questionnaire (HLS19-Q12) som mål på helsekompetanse. Deltakerne fikk 12 påstander om hvor lett eller vanskelig det var å finne, forstå, vurdere og bruke helseinformasjon. Svaralternativene var:

- «Veldig vanskelig»
- «Vanskelig»
- «Lett»
- «Veldig lett»

Vi regnet om svarene til en skåre fra 0 til 100 poeng. Skåren viser hvor stor andel av påstandene deltakerne svarte «Lett» eller «Veldig lett» på. For en oversikt over spørsmålene, se spørreskjema som er tilgjengelig fra Oslo kommunes nettsider (25).

6.2 Lavere helsekompetanse blant lhb+-personer

Helsekompetansen er noe lavere blant lhb+-personer enn blant ikke-lhb+-personer:

- **Lhb+:** 78 poeng
- **Ikke-lhb+:** 82 poeng
- **Forskjell:** -4 poeng

Når vi undersøker de spesifikke spørsmålene, finner vi størst forskjeller mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer for:

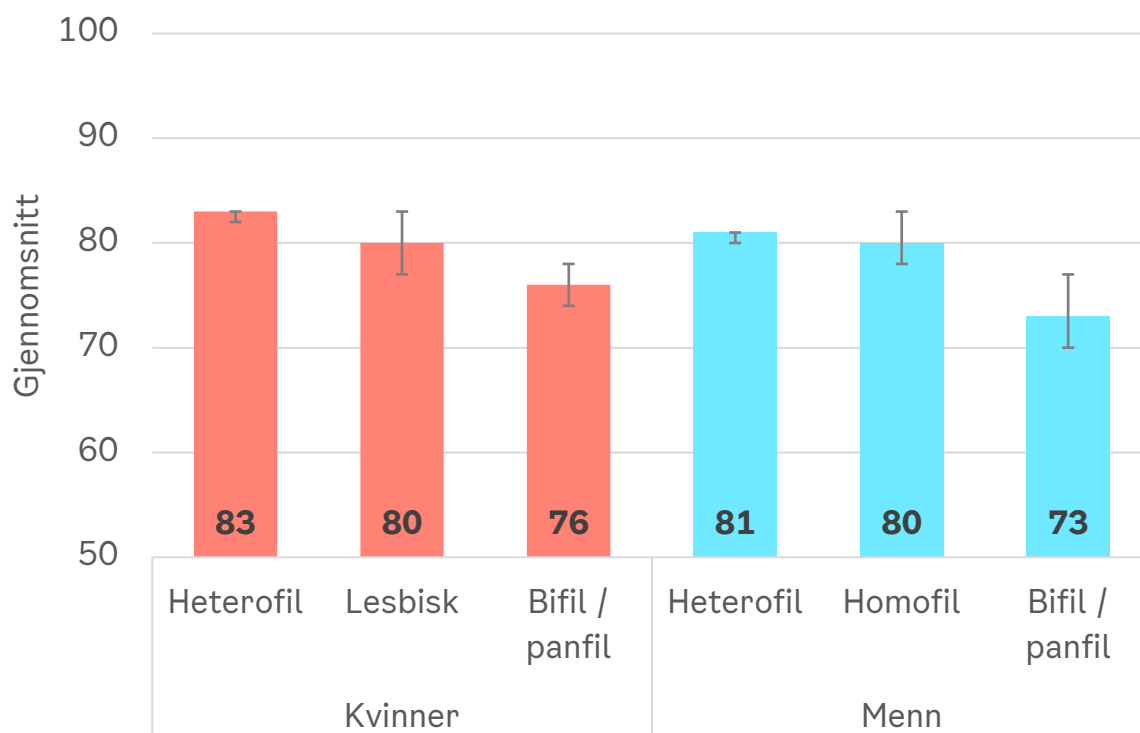
- **Spørsmål 10:** «Forstå råd om helse fra familie og venner»
- **Spørsmål 12:** «Ta avgjørelser for å bedre helsen og trivselen din».

Her skårer lhb+-personer 6–8 prosentpoeng lavere enn ikke-lhb+-personer. For de øvrige spørsmålene er forskjellene mindre (1–4 prosentpoeng). Det var ingen spørsmål der lhb+-personer skåret høyere.

6.3 Forskjellen drives av lavere helsekompetanse blant bi/panfile

Figur 6-1 viser at forskjellene i helsekompetanse ikke er jevnt fordelt etter seksuell orientering og at bi/panfile trekker nivået ned for lhb+-gruppen samlet.

Helsekompetansen blant lesbiske og homofile ligger nær den for heterofile.

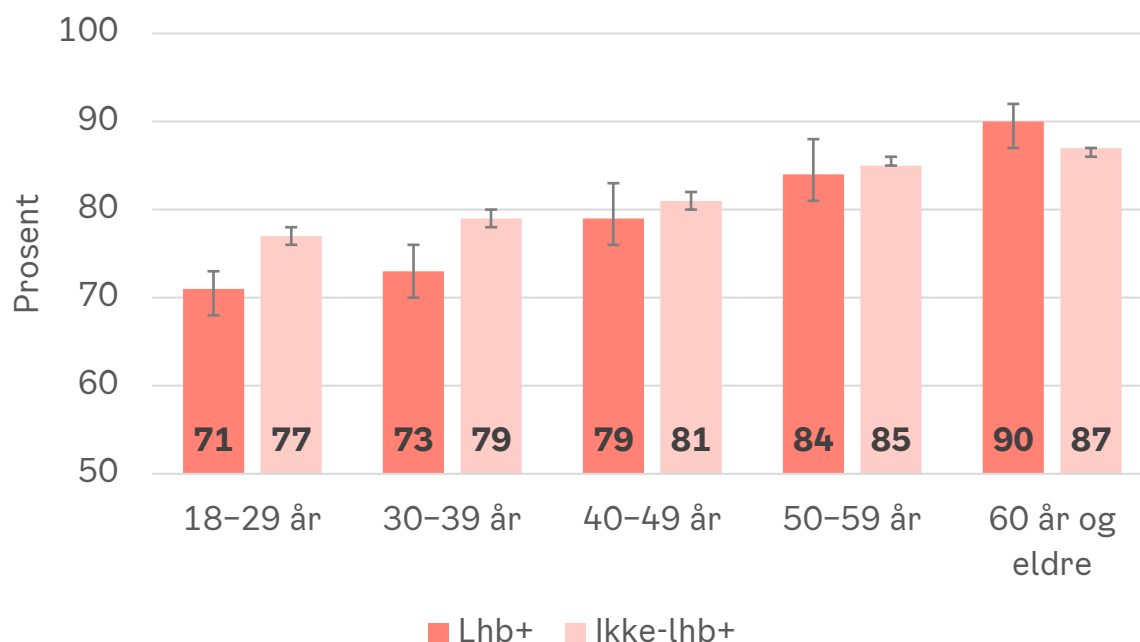


Figur 6-1. Gjennomsnittlig skåre på helsekompetanse, etter kjønn og seksuell orientering. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

6.4 Helsekompetansen øker jevnt med alder

Figur 6-2 viser at forskjellene i helsekompetanse ikke bare gjelder seksuell orientering, men at det også er knyttet til alder. Lhb+-personer i gruppene 18–29 år og 30–39 år skårer 6 poeng lavere på helsekompetanse-skalaen, sammenlignet med jevnaldrende ikke-lhb+-personer. Blant eldre er forskjellene mellom gruppene små.

Figuren viser også at helsekompetansen øker tydelig med alder i begge grupper. Blant lhb+-personer er økningen på 19 poeng, fra 71 prosent i alderen 18–29 år til 90 prosent i alderen 60 år og eldre. Blant ikke-lhb+-personer er økningen på 10 poeng, fra 77 prosent i alderen 18–29 år til 87 prosent i alderen 60 år og eldre.



Figur 6-2. Gjennomsnittlig skåre på helsekompetanse, etter alder og lhb+-status. Vektete og ujusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

6.5 Forskjeller i flere grupper

Helsekompetansen er lavere blant lhb+-personer (og ikke-lhb+-personer):

- med **lavere utdanning** (enn de med høyere utdanning)
- som er **enslig eller enke/enkemenn** (enn de som er gift, har samboer eller registrert med partner)
- med **funksjonshindring** (enn de uten funksjonshindring)

Interessant nok finner vi ingen signifikante forskjeller i helsekompetanse etter lhb+-personers innvandrerbakgrunn. Dette er forskjellig fra ikke-lhb+-personer: Her er helsekompetansen lavere blant de fra landgruppe 1 og landgruppe 2, enn de født i Norge.

Se tabell 11-13 for resultatene i de ulike gruppene (Vedlegg 3).

6.6 Helsekompetanse henger sammen med bedre helse, høyere livskvalitet og mindre udekket behov for helsetjenester

Figur 6-3 og figur 6-4 viser sammenhengene mellom i) helsekompetanse og ulike mål på helse og livskvalitet, og ii) helsekompetanse og udekket behov for psykisk helse- og tannhelsetjenester. Analysene ble kun utført blant lhb+-personer, og deltakerne ble inndelt i fire grupper (kvartiler) – fra lavest til høyest helsekompetanse. I metodekapittelet gis en beskrivelse av hvordan analysene ble gjennomført.

Analysene er både ujusterte og justert for alder, kjønn og andre faktorer. Resultatene er omtrent like i begge tilfeller. I avsnittene under presenterer vi kun resultatene for de ujusterte analysene. Se tabell 11-24 til 11-26 for detaljerte resultater.

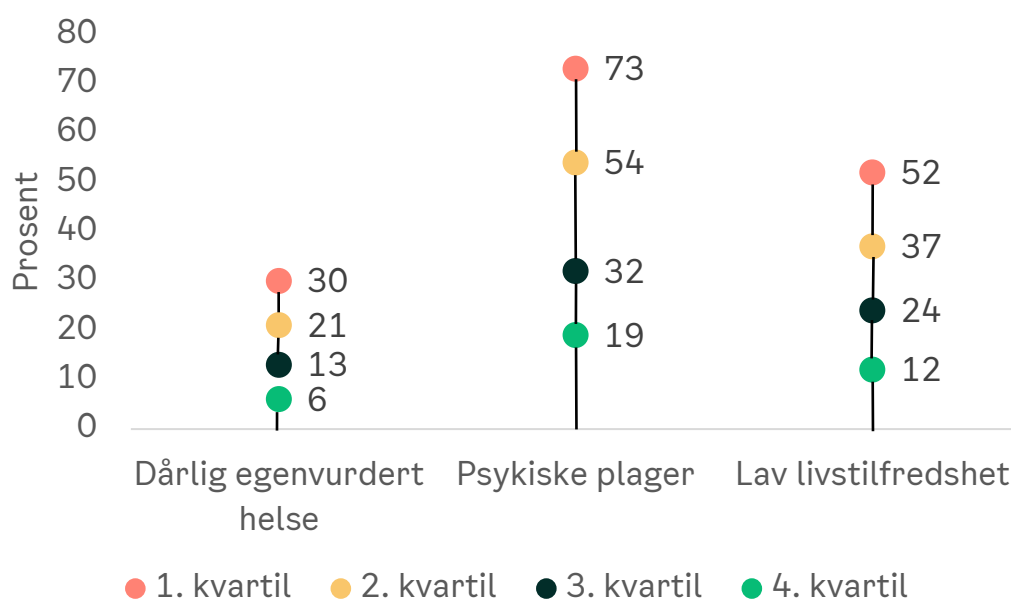
6.6.1 Sammenheng med helse og livskvalitet

Sammenlignet med gruppen med lavest helsekompetanse (1. kvartil), har gruppen med høyest helsekompetanse (4. kvartil):

- -54 poeng psykiske plager
- -40 poeng lav livstilfredshet
- -24 poeng dårlig egenvurdert helse

Andelene er også lavere blant lhb+-personer som skårer i 2. og 3. kvartil på helsekompetanse-skalaen, sammenlignet med 1. kvartil.

Vi finner også en tydelig gradient: Andelen med psykiske plager, lav livstilfredshet og dårlig egenvurdert helse går ned, med høyere nivåer av helsekompetanse.



Figur 6-3. Andel som oppgir dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet etter nivåer av helsekompetanse (kvartiler), blant lhb+-personer. Vektete og ujusterte tall.

6.6.2 Sammenheng med udekket behov for helsetjenester

Lhb+-personer med lavest helsekompetanse (1. kvartil) har 3 ganger så høyt udekket behov for psykiske helsetjenester og dobbelt så høyt udekket behov for tannlegetjenester, sammenlignet med gruppen med høyest helsekompetanse (4. kvartil). Et større udekket behov for disse to

tjenestene finner vi også blant de som skårer i 2. kvartil på helsekompetanse-skalaen, mens for psykiske helsetjenester, er det også større for 3. kvartil.

Det var for få lhb+-personer med udekket behov for legetjenester til å analysere dens sammenheng med helsekompetanse.

6.7 Analysearbeid fremover

Helsekompetanse er målt med det internasjonalt brukte og validerte skjemaet HLS19-Q12 (*Health Literacy Population Survey – 12 item questionnaire*). Det finnes i dag grenseverdier for å klassifisere helsekompetanse som «tilstrekkelige» eller «utilstrekkelige» nivåer, men disse er ikke validert i vårt datasett og kan være vanskelige å tolke og formidle.

Fra tidligere analyser har vi sett at innbyggere fra noen enkeltland, som Somalia og Eritrea, skårer likt eller høyere, sammenlignet med de fra Norge. Dette er i kontrast til våre forventninger. Det er spekulert i om dette kan ha noe med forskjeller i svarmønster etter kulturell bakgrunn, eller at det kan være koblet til oversettelsene eller ha noe med selve måleinstrumentet å gjøre.

Helsedirektoratet og forskere ved Universitetet i Oslo og Høgskolen i Innlandet skal fremover kvalitetssikre dataene på helsekompetanse i Folkehelseundersøkelsen i Oslo og utforske om det bør settes nye grenseverdier. Nye tall blir publisert når dette arbeidet er ferdig.

7 Ensomhet og sosialt fellesskap

Hovedfunn



- Hver 4. lhb+-person (25 %) er mye ensom.
- Blant lhb+-personer er ensomhet særlig utbredt blant bi/panfile menn (34 %), unge voksne (34 %), enslige (38 %), og funksjonshindrede (51 %).
- Lhb+-personer er mer ensomme enn ikke-lhb+-personer (25 % versus 16 %), mens forskjellene mellom gruppene for sosial støtte, tillit til andre og trygghet i nærmiljøet er små.
- En betydelig andel av lhb+-personer rapporterer om høy trygghet i nærmiljøet (69 %) og høy tillit til andre (40 %).
- Tillit til andre og trygghet i nærmiljøet øker jo eldre deltakerne blir. For sosiale støtte derimot så er andelen lik på tvers av aldersgrupper.
- Lhb+-personer fra landgruppe 2 oppgir mer ensomhet, mindre sosial støtte og lavere tillit til andre, enn de øvrige landgruppene.
- Ensomhet, lav sosial støtte, lav tillit og lav trygghet henger tett sammen med dårligere helse og livskvalitet. Blant lhb+-personer med høy ensomhet rapporterer 73 prosent psykiske plager, mot 22 prosent blant dem med lav ensomhet.

Ensomhet er en vond og vanskelig følelse som oppstår når behovet for sosial kontakt ikke blir møtt (49). Ensomhet er en av vår tids største folkehelseutfordringer, og forskning viser at ensomhet er like farlig for helsa som å røyke 15 sigaretter daglig (50). Ensomhet kan påvirke menneskers livskvalitet (27) og øker risikoen for fysiske og psykiske helseutfordringer som hjerte-karsykdom, depresjon og rusbrukslidelser (27,28).

I forskning på skeiv helse kan ensomhet og sosial isolasjon forstås i lys av minoritetsstress. Gjentatte erfaringer med diskriminering, hatprat, vold og andre negative hendelser kan svekke både selvfølelse og tillit til andre (51), og menneskers mulighet til å bygge gode og trygghet relasjoner. Det kan gjøre det vanskeligere å søke sosial kontakt, og føre til tilbaketrekning og sosial isolasjon. Slik kan dette utvikle seg til en negativ spiral, med ensomhet, depresjon og lav livskvalitet som resultat (52).

På samme måte som ensomhet kan øke risikoen for helseutfordringer, kan gode sosiale relasjoner og støtte fra andre bidra til bedre helse (53). Sosiale relasjoner er for de fleste en viktig del av det å leve et godt og meningsfullt liv (54).

Vi vil i dette kapittelet presentere tall på ensomhet og andre sosiale forhold som sosial støtte, tillit til andre og trygghet i nærmiljøet. For hver faktor vil vi sammenligne lhb+-personer med

ikke-lhb+-personer samlet og fordelt på ulike kjennetegn, samt undersøke i hvilken grad faktoren henger sammen med lhb+-personers helse og livskvalitet.

7.1 Ensomhet

Det finnes både direkte og indirekte mål på ensomhet. Direkte mål inkluderer «ensomhet» i spørsmålsstillingen. Indirekte mål spør heller om sosiale relasjoner uten å nevne begrepet ensomhet (for eksempel savn etter kontakt med andre).

I Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 ble ensomhet målt både direkte og indirekte, men vi har i denne rapporten valgt å bruke det indirekte målet. Begge målene har styrker og svakheter (55). En viktig grunn bak vårt valg er at omfanget av ensomhet som regel blir lavere ved bruk av direkte målinger, enn hva det i realiteten er (56). Ensomhet et sensitivt tema, og flere vil derfor vegre seg å fortelle om sin ensomhet når de blir spurt direkte.

Deltakerne ble stilt følgende spørsmål:

- «Hvor sjelden eller ofte føler du at du savner noen å være sammen med?»
- «Hvor sjelden eller ofte føler du deg utenfor?»
- «Hvor sjelden eller ofte føler du deg isolert fra andre?»

Svaralternativene var:

- «Aldri»
- «Sjelden»
- «Av og til»
- «Ofte»
- «Svært ofte»

Vi lagde en samleskåre, fra 3 til 15 poeng. Høyere skåre indikerer høyere grad av ensomhet. I dette kapittelet er ensomhet presentert som gjennomsnitt og prosentandeler. Ensomhet ble gruppert inn i lav (3–9 poeng) og høy (10–15 poeng) (24). Ett unntak er i regresjonsanalysene der vi lagde en 3-kategori variabel med følgende gruppering: lav (3–6 poeng), moderat (7–9 poeng) og høy (10–15 poeng).

7.1.1 Ensomhet blant lhb+- og ikke-lhb+-personer

Resultatene viser at lhb+-personer er mer ensomme enn ikke-lhb+-personer. Andelen i ensomhet mellom gruppene:

- **Lhb+:** 25 prosent
- **Ikke-lhb+:** 16 prosent

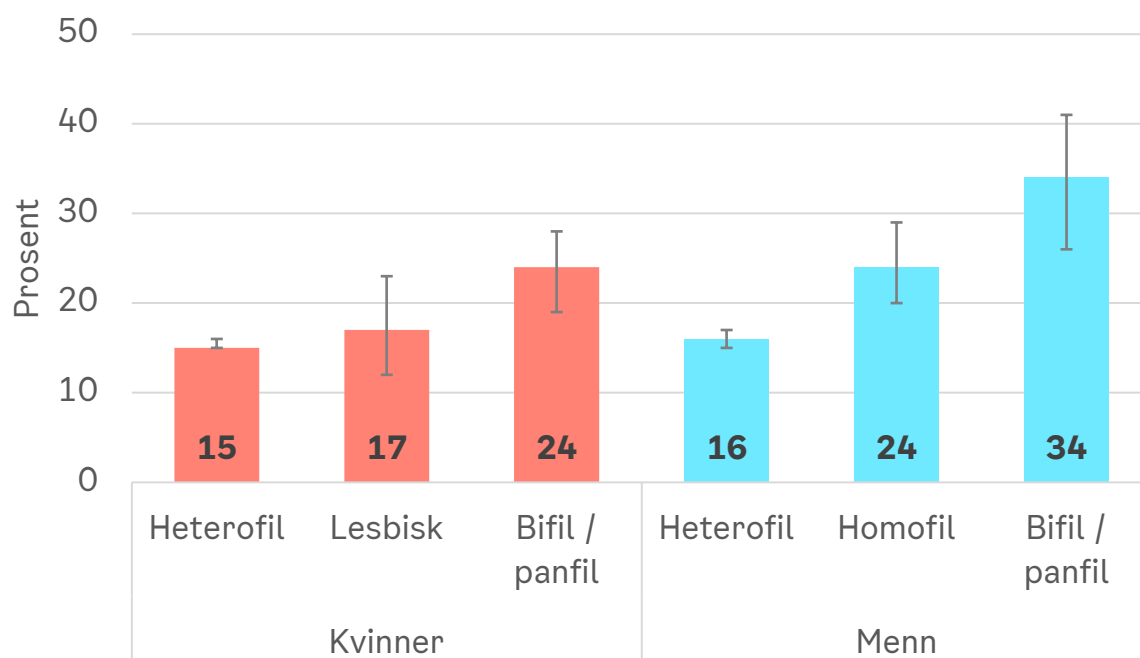
Forskjellen på **9 prosentpoeng** regnes som **moderat**.

Når det gjelder de spesifikke ensomhetsspørsmålene, er forskjellene mellom lhb+- og ikke-lhb+- personer størst for sosial isolasjon og utenforskap, mens de er mindre for spørsmål knyttet til savn etter noen å være samme med (resultater ikke vist).

7.1.2 1 av 3 bi/panfile menn opplever ensomhet

Forskjellene i ensomhet etter kjønn og seksuell orientering følger de samme mønstrene som for helse og livskvalitet. Bi/panfile skiller seg tydeligst ut, særlig bi/panfile menn: Her rapporterer hele 34 prosent at de ofte opplever ensomhet. Dette er over dobbelt så mange sammenlignet med heterofile.

Ensomhet er også mer utbredt blant homofile menn enn heterofile. Lesbiske kvinner derimot ligger nær det vi finner hos heterofile.



Figur 7-1. Andelen med høy grad av ensomhet, etter kjønn og seksuell orientering. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

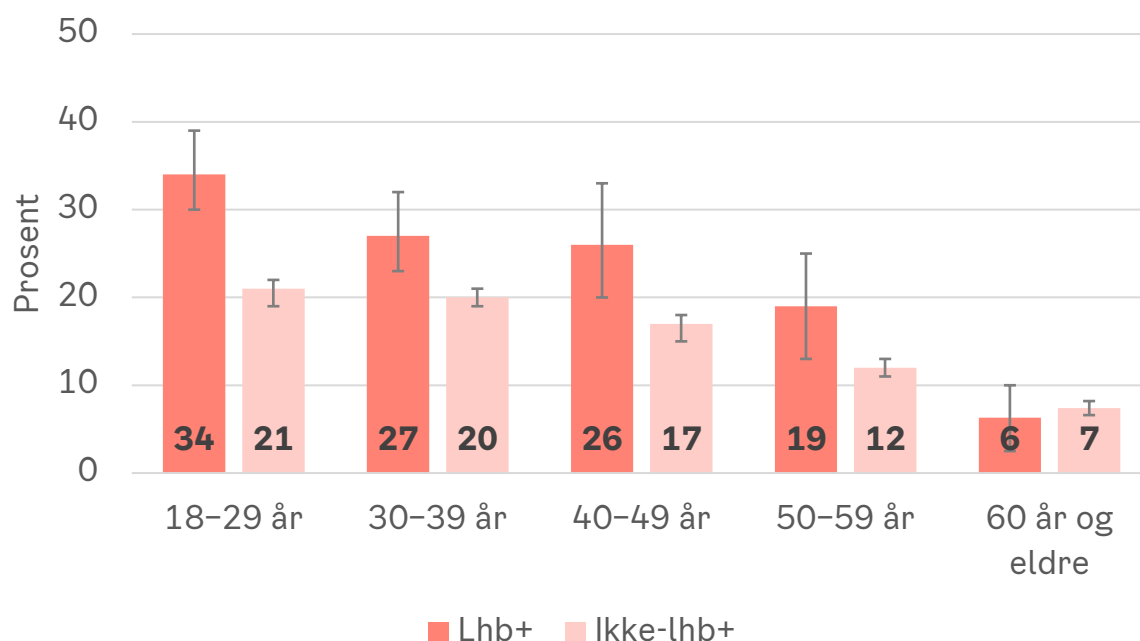
7.1.3 Ensomhet særlig utbredt blant unge voksne

Figur 7-2 viser at andelen med ensomhet er høyere blant lhb+-personer enn ikke-lhb+-personer i alle aldersgrupper, bortsett fra de 60 år eller eldre, der det er ingen forskjell.

Størst er forskjellen i gruppen 18–29 år:

- **Lhb+-personer:** 34 prosent
- **Ikke-lhb+-personer:** 21 prosent
- **Forskjell:** +13 prosentpoeng

Figuren viser også at nivået av ensomhet er høyest blant unge og at den reduseres tydelig med alder både blant lhb+- og ikke-lhb+-personer. Blant lhb+ er nedgangen på 28 prosentpoeng. Blant ikke-lhb+ er nedgangen det halve (14 prosentpoeng).



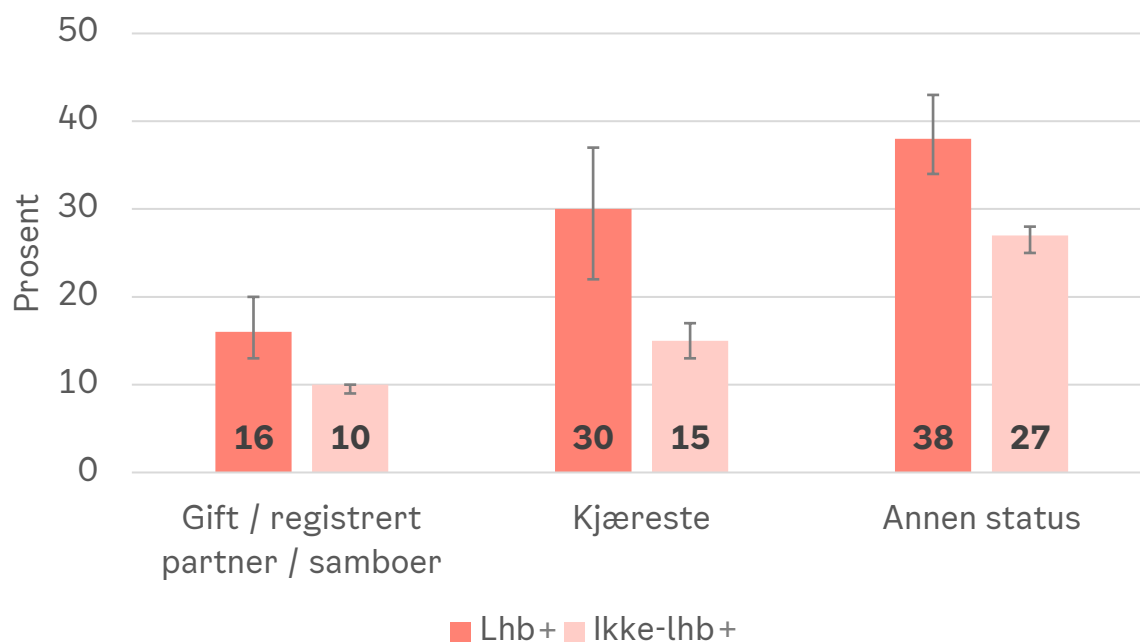
Figur 7-2. Andel med høy grad av ensomhet, etter alder og lhb+-status. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

7.1.4 Forskjeller i flere grupper

Ensomhet er også vanligere blant lhb+-personer (og ikke-lhb+-personer):

- med **lavere utdanning** (enn de med høyere utdanning)
- som er **enslig eller enke/enkemenn** (enn de som er gift, har samboer eller registrert med partner) (se figur 7.3)
- fra **landgruppe 1 og 2** (enn de født i Norge)
- med **funksjonshindring** (enn de uten funksjonshindring)

Figur 7.3 viser andel med ensomhet etter sivilstatus. For resultater i de øvrige gruppene, se tabell 11-14 (Vedlegg 3).



Figur 7-3. Andelen med høy ensomhet, etter sivilstatus og lhb+-status. Oslo. 2024. Vektet og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

7.1.5 Ensomhet henger tett sammen med lavere helse og livskvalitet blant lhb+-personer

I analyser undersøkte vi sammenhengen mellom ensomhet og lhb+-personers helse og livskvalitet. Ensomhet er i analysene gruppert inn i lave (3–6 poeng), moderate (7–9 poeng) og høye nivåer (10–15 poeng). Mål på helse og livskvalitet inkluderer dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet. I metodekapittelet gis en beskrivelse av hvordan analysene ble gjennomført.

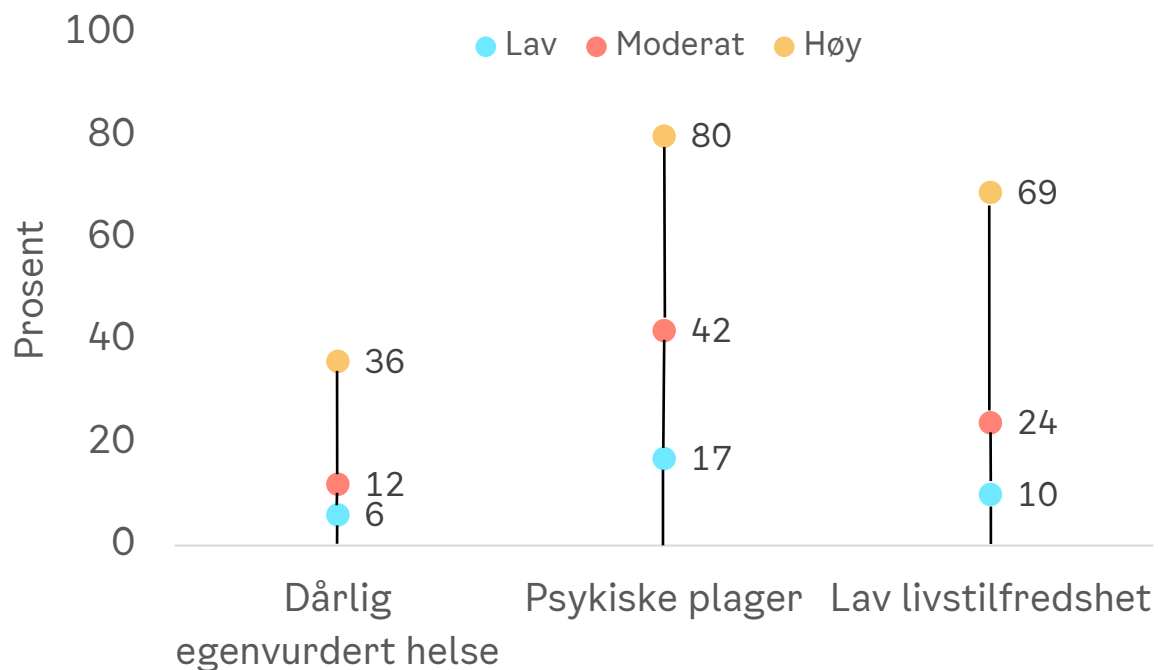
Analysene er både ujusterte og justert for alder, kjønn og andre faktorer. Resultatene er omtrent like i begge tilfeller (se tabell 12–24 til 12–26). I avsnittene under presenterer vi derfor kun resultater fra de ujusterte analysene.

Figur 7-4 viser store forskjeller i helse og livskvalitet blant lhb+-personer, etter grad av ensomhet. Sammenlignet med de med lav ensomhet, har personer med:

- Moderat ensomhet
 - +6 prosentpoeng dårlig egenvurdert helse
 - +25 prosentpoeng psykiske plager
 - +14 prosentpoeng lav livstilfredshet
- Høy ensomhet
 - +30 prosentpoeng dårlig egenvurdert helse

- +63 prosentpoeng psykiske plager
- +59 prosentpoeng lav livstilfredshet

I figuren ser vi også en tydelig gradient: Andelen med dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet går opp, med høyere grad av ensomhet.



Figur 7-4. Andel med dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet blant lhb+-personer, etter grad av ensomhet. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall.

7.2 Sosial støtte

Sosial støtte handler om i hvilken grad man har kontakt med andre mennesker som forstår, anerkjenner, støtter og kan gi hjelp om det trengs. Sosial støtte er en viktig ressurs og kan virke som en buffer mot stress og negative livshendelser (53,57). For skeive kan sosial støtte være avgjørende for helse og livskvalitet, særlig i møte med diskriminering og stigma (18).

Spørsmålene om sosial støtte i Folkehelseundersøkelsen i Oslo er hentet fra spørreskjemaet Oslo Social Support Scale (OSSS-3)(24), og inkluderer følgende tre spørsmål:

1. «Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem ved store personlig problemer?»
2. «Hvor stor eller liten interesse viser andre for det du gjør?»
3. «Hvor lett eller vanskelig er det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det?»

Svaralternativene er ulike for de ulike spørsmålene. For detaljer, se spørreskjema på Oslo kommunes [nettsider](#).

Vi beregnet en sumskåre, som varierer fra 3 til 14 poeng. Høyere skåre indikerer høyere grad av sosial støtte. Vi grupperte deretter sosial støtte inn i høy støtte (12–14 poeng) og ikke (3–11 poeng). De tallene vi presenterer under er for høy sosial støtte.

7.2.1 Sosial støtte høyere blant kvinner enn menn

I alt 22 prosent av lhb+-personer opplever høy grad av sosial støtte. Forskjellene mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer regnes som **moderate**:

- **Lhb+:** 22 prosent
- **Ikke-lhb+:** 27 prosent
- **Forskjell:** -5 prosentpoeng

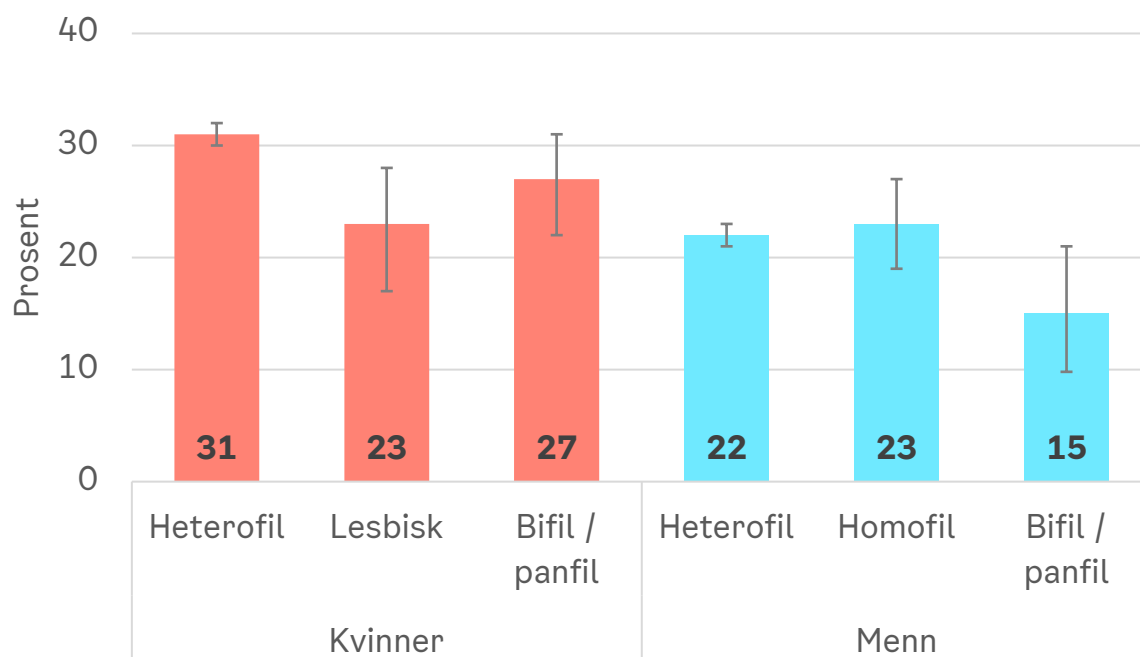
Figur 7-5 viser at den sosiale støtten er høyere blant kvinner enn menn, uavhengig av seksuell orientering. Andelen med høy sosial støtte er høyest blant heterofile kvinner med 31 prosent og lavest blant bi/panfile menn med 15 prosent.

Blant kvinner finner vi:

- Lik forekomst av høy sosial støtte blant bi/panfile som heterofile
- Mindre sosial støtte blant lesbiske enn heterofile

Blant menn finner vi:

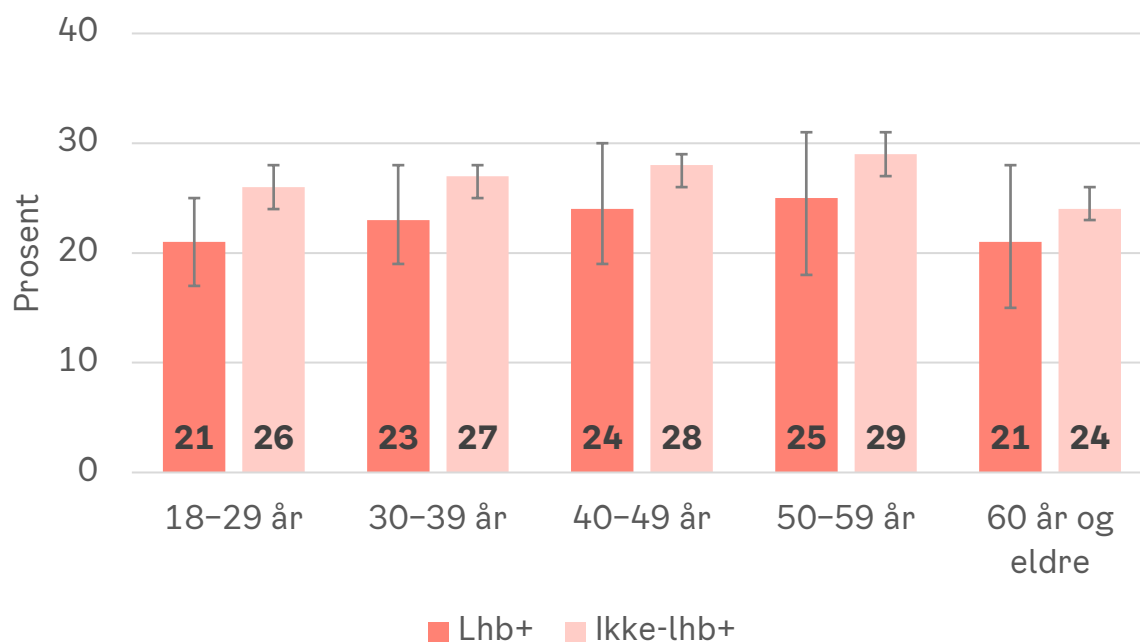
- Lavere andel med høy støtte blant bi/panfile, sammenlignet med heterofile
- Ingen forskjeller mellom homofile og heterofile



Figur 7-5. Andel med høy sosial støtte, etter kjønn og seksuell orientering. Oslo, 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

7.2.2 Sosial støtte jevnt fordelt mellom aldersgrupper

Figur 7-6 viser at det er lite variasjoner i høy sosial støtte mellom aldersgrupper blant både lhb+- og ikke-lhb+-personer. Figuren viser også at det er små forskjeller mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer innad i hver aldersgruppe.



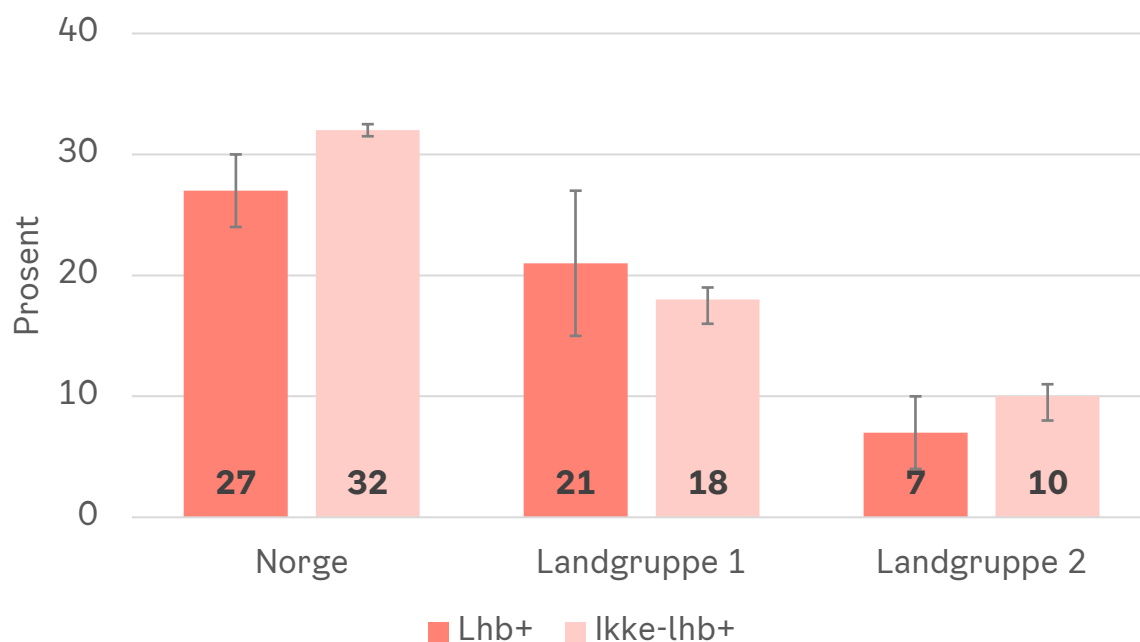
Figur 7-6. Andel med høy sosial støtte, etter alder og lhb+-status. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

7.2.3 Forskjeller i flere grupper

Høy sosial støtte er mindre vanlig blant lhb+-personer (og ikke-lhb+-personer):

- med **lavere utdanning** (enn de med høyere utdanning)
- fra **landgruppe 2** (enn de født i Norge)
- med **funksjonshindring** (enn de uten funksjonshindring)

Figur 7-7 viser andel med høy sosial støtte etter innvandrerbakgrunn. For resultater i de øvrige gruppene, se tabell 11-15 (Vedlegg 3).



Figur 7-7. Andel med høy sosial støtte, etter innvandrerbakgrunn og lhb+-status. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

7.2.4 Sosial støtte henger tett sammen med helse og livskvalitet blant lhb+-personer

I analyser undersøkte vi sammenhengen mellom sosial støtte og lhb+-personers helse og livskvalitet. I analysene er sosial støtte gruppert inn i lave (3–8 poeng), moderate (9–11 poeng) og høye nivåer (12–14 poeng). Mål på helse og livskvalitet inkluderer dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet. I metodekapittelet gis en beskrivelse av hvordan analysene ble gjennomført.

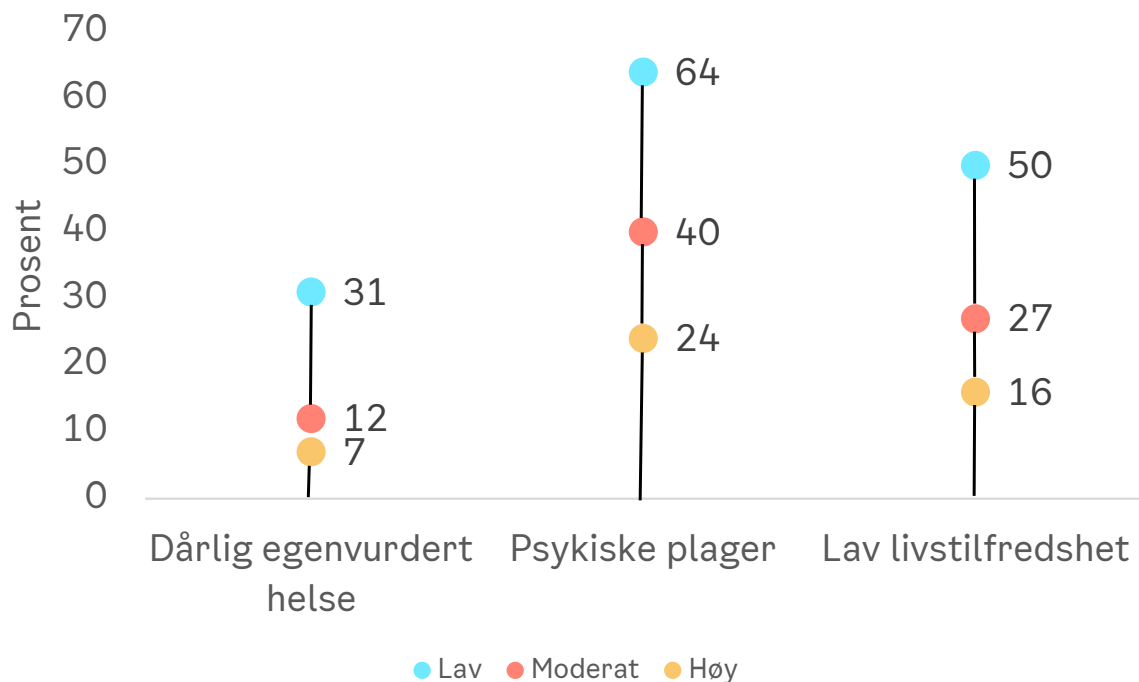
Analysene er både ujusterte og justert for alder, kjønn og andre faktorer. Resultatene er omtrent like i begge tilfeller (se tabell 12–24 til 12–26). I avsnittene under presenterer vi kun de ujusterte resultatene.

Figur 7.8 viser at andelen med dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet går ned, med høyere nivåer av sosial støtte. Sammenlignet med dem med lav sosial støtte, har lhb+-personer med:

- Moderat støtte
 - -19 prosentpoeng dårlig egenvurdert helse
 - -24 prosentpoeng psykiske plager
 - -23 prosentpoeng lav livstilfredshet
- Høy støtte

- -24 prosentpoeng dårlig egenvurdert helse
- -40 prosentpoeng psykiske plager
- -34 prosentpoeng lav livstilfredshet

Dette er en tydelig gradient, men likevel mindre bratt enn den vi fant for ensomhet.



Figur 7-8. Andel med dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet blant lhb+-personer, etter grad av sosial støtte. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall.

7.3 Tillit til andre

Tillit til andre handler om i hvilken grad vi opplever at andre menneskers er til å stole på og er ærlige, forutsigbare og vil oss vel. Høy tillit gir trygghet i relasjonen, styrker opplevelsen av tilhørighet og gjør det lettere å be andre om støtte. Lav tillit kan derimot føre til stress, sosial isolasjon og lavere livskvalitet (17,57).

For skeive kan erfaringer med mobbing, diskriminering og stigma gjøre det ekstra utfordrende å bygge og opprettholde tillit til andre mennesker (17,58). Dette påvirker ikke bare skeives sosiale relasjoner, men også deres helse (59) og hvordan lhb+-personer oppsøker helsetjenesten og deler sensitiv helseinformasjon med helsepersonell (35).

I Folkehelseundersøkelsen i Oslo ble tillit til andre målt med spørsmålet: «Vil du stort sett si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre?»

Deltakerne svarte på en skala fra 0 til 10 poeng, der 0 var «Kan ikke være for forsiktig» og 10 var «Folk flest er til å stole på» (24).

I dette kapittelet bruker vi både gjennomsnitt og tillit til andre gruppert inn i lave (0–5 poeng), moderate (6–7 poeng) og høye skårer (8–10 poeng). Fokus vil være på andel med lav og høy tillit til andre.

7.3.1 Små forskjeller mellom lhb+ som ikke-lhb+-personer

Lhb+-personer har generelt god tillit til andre, og nivået er omtrent likt det vi observerer blant ikke-lhb+-personer.

Andelen med lav tillit:

- **Lhb+:** 33 prosent
- **Ikke-lhb+:** 31 prosent
- **Forskjell:** +2 prosentpoeng

Andelen med høy tillit:

- **Lhb+-personer:** 40 prosent
- **Ikke-lhb+-personer:** 43 prosent
- **Forskjell:** -3 prosentpoeng

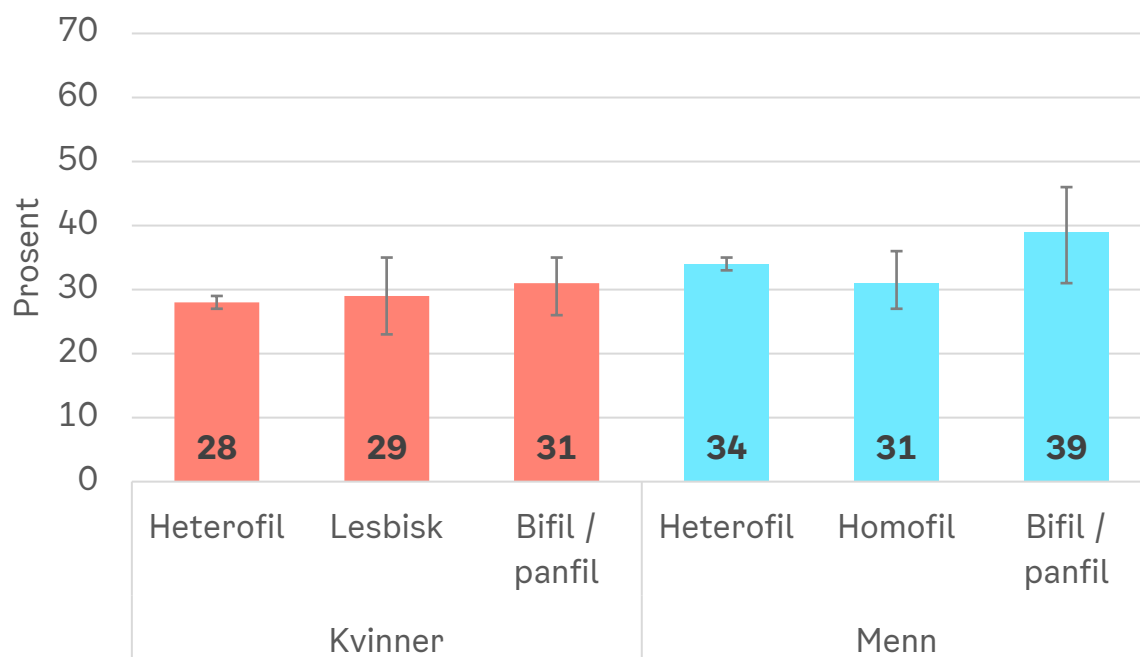
7.3.2 Tillit til andre høyere blant kvinner enn menn

Figur 7.9 og Figur 7.10 viser at tilliten er noe høyere blant kvinner enn menn, og at det er små forskjeller etter orientering innad i kjønnene.

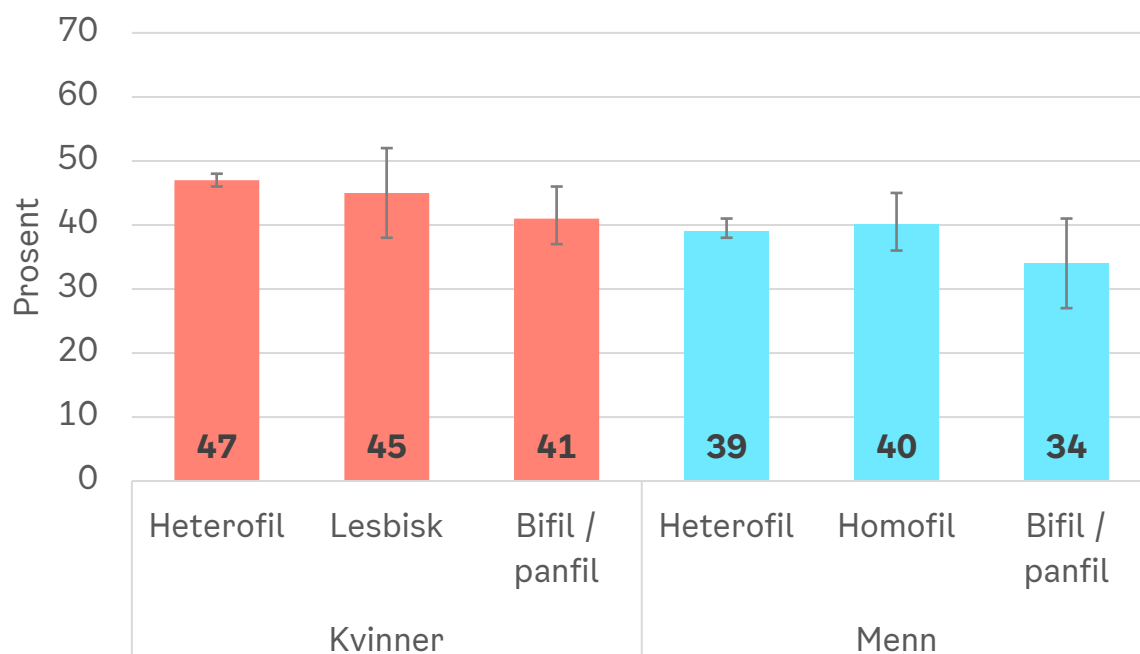
Tilliten til andre er:

- ... lavest blant bi/panfile menn
- ... høyest blant heterofile kvinner

De øvrige gruppene ligger omtrent på samme nivå.



Figur 7-9. Andel med lav tillit til andre mennesker, etter kjønn og seksuell orientering. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

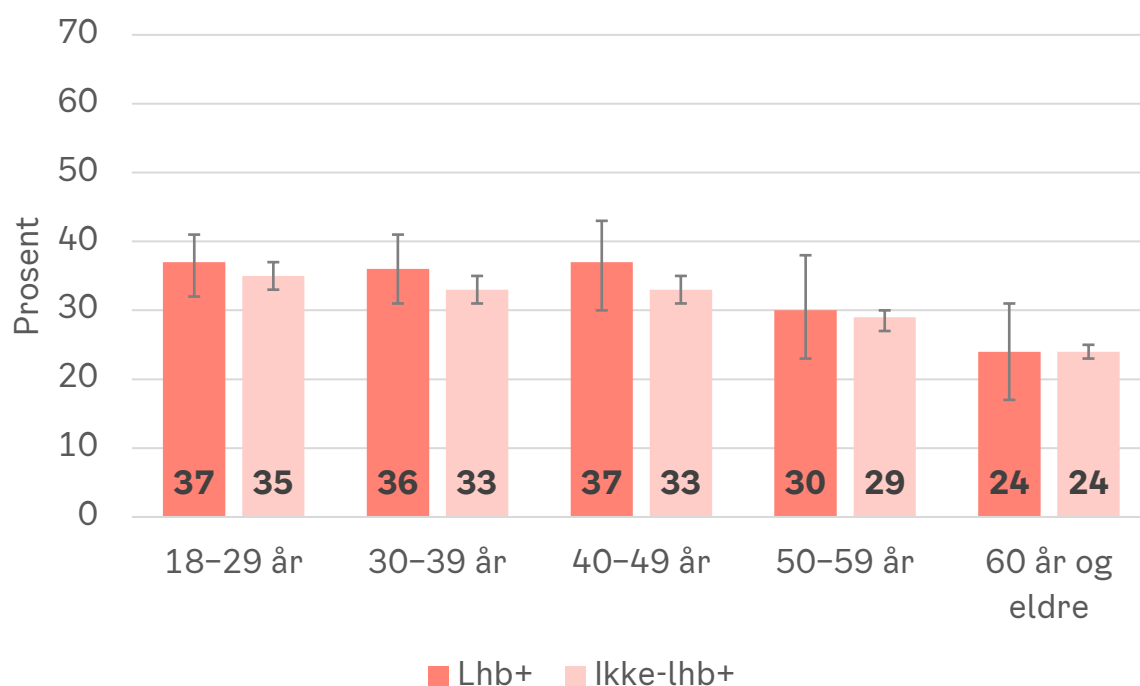


Figur 7-10. Andel med høy tillit til andre, etter kjønn og seksuell orientering. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

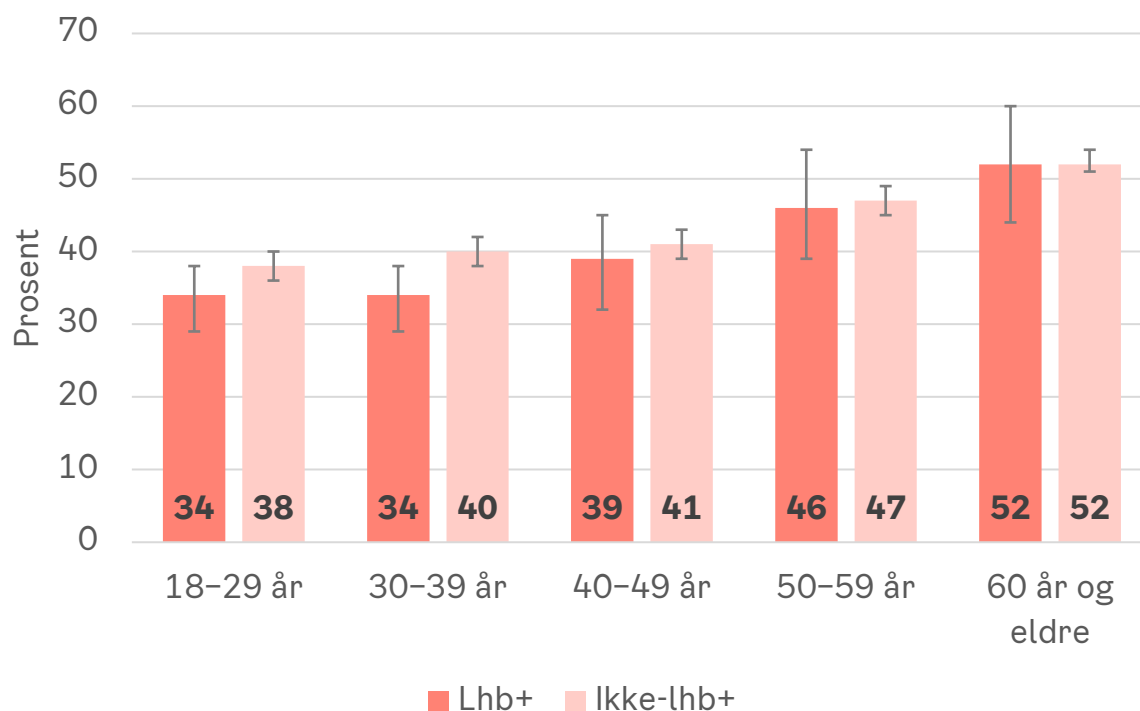
7.3.3 Eldre med høyere tillit til andre

Figur 7.11 og 7.12 viser at tilliten til andre er omtrent lik mellom lhb+ og ikke-lhb+-personer innad i de ulike aldersgruppene.

Figurene viser også at tillit til andre holder seg relativt stabil på tvers av aldersgrupper frem til 40–49 år, før den går opp i de to eldste aldersgruppene. Dette mønsteret finner vi både blant lhb+- og ikke-lhb+-personer.



Figur 7-11. Andel med lav tillit til andre, etter alder og lhb+-status. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.



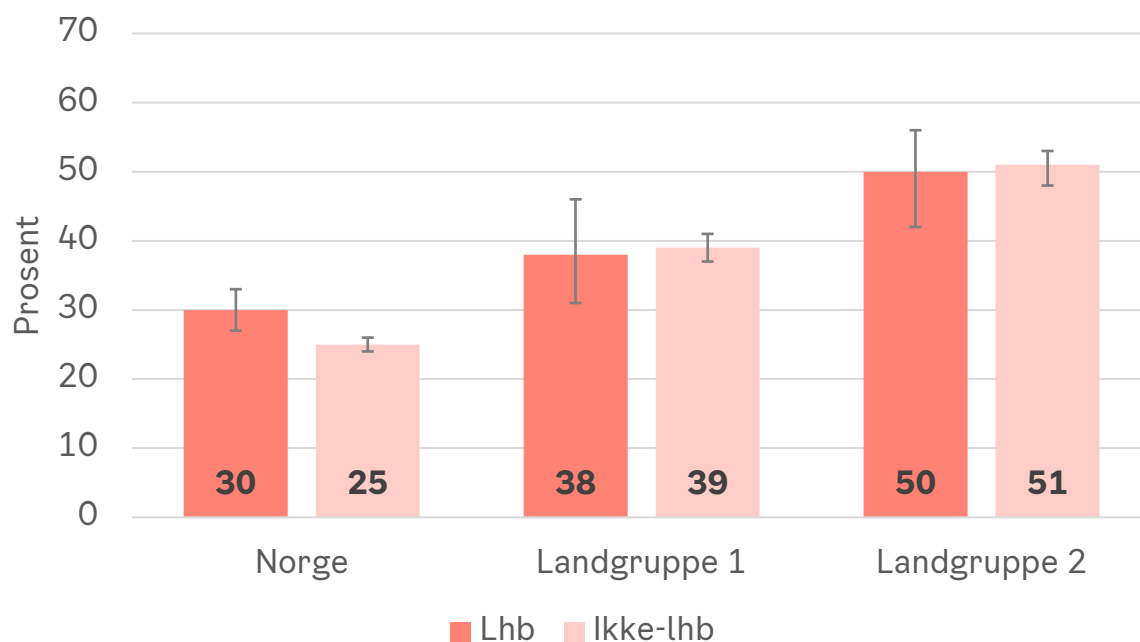
Figur 7-12. Andel med høy tillit til andre, etter alder og lhb+-status. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

7.3.4 Forskjeller i flere grupper

Tilliten til andre er lavere blant lhb+-personer (og ikke-lhb+-personer):

- med **lavere utdanning** (enn de med høyere utdanning)
- som er **enslige eller enke/enkemenn** (enn de som er gift, har samboer eller registrert med partner)
- bosatt i **ytre by øst** (enn i ytre by vest)
- fra **landgruppe 2** (enn de født i Norge)
- med **funksjonshindring** (enn de uten funksjonshindring)

Figur 7.13 viser andel med lav tillit til andre etter innvandrerbakgrunn. For resultater i de øvrige gruppene, se tabell 11-16 og tabell 11-17 (Vedlegg 3).



Figur 7-13. Andel med lav tillit til andre, etter innvandrerbakgrunn og lhb+-status. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

7.3.5 Bedre helse og livskvalitet blant lhb+-personer med høy tillit til andre

I analyser undersøkte vi i hvilken grad tillit til andre henger sammen med lhb+-personers helse og livskvalitet. I analysene er tillit til andre gruppert inn i lave (0–5 poeng), moderate (6–7 poeng) og høye nivåer (8–10 poeng). Mål på helse og livskvalitet inkluderer dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet. I metodekapittelet gis en beskrivelse av hvordan analysene ble gjennomført.

Analysene er både ujusterte og justert for alder, kjønn og andre faktorer. Resultatene er omtrent like i begge tilfeller (se tabell 12–24 til 12–26). I teksten under presenterer vi kun de ujusterte resultatene.

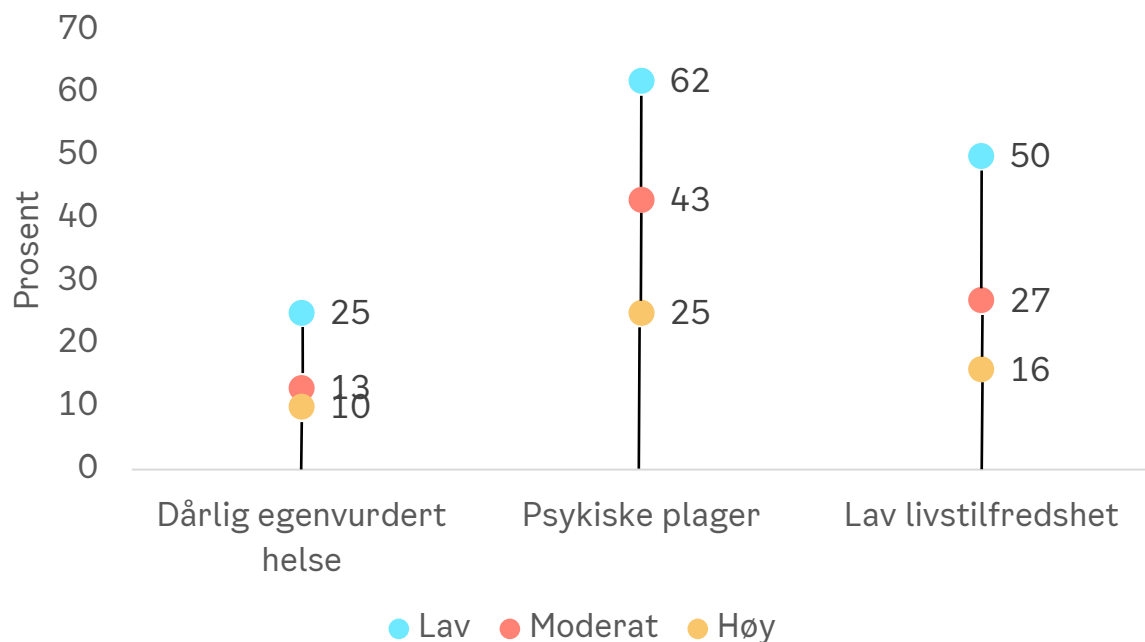
Analysene viser at andelen med dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet blant lhb+-personer blir høyere, jo lavere tilliten til de har til andre mennesker.

Sammenlignet med de med høy tillit til andre, har lhb+-personer med:

- Moderat tillit til andre
 - +3 prosentpoeng dårlig egenvurdert helse
 - +18 prosentpoeng psykiske plager
 - +11 prosentpoeng lav livstilfredshet

- Lav tillit til andre
 - +15 prosentpoeng dårlig egenvurdert helse
 - +37 prosentpoeng psykiske plager
 - +34 prosentpoeng lav livstilfredshet

Figur 7.14 viser de konkrete prosentandelene.



Figur 7-14. Andel med dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet blant lhb+-personer, etter grad av tillit til andre. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall.

7.4 Trygghet i nærmiljøet

Trygghet i nærmiljøet er viktig for skeives helse og livskvalitet. Et inkluderende og trygt lokalmiljø gir rom for å være åpen om egen identitet uten frykt for diskriminering, trakassering eller vold. Når skeive opplever trygghet der de bor, kan det både styrke tilhørighet, sosial støtte og muligheten til å delta aktivt i samfunnet.

I Folkehelseundersøkelsen i Oslo ble trygghet i nærmiljøet målt med spørsmålet: «Alt i alt, hvor trygg føler du deg når du er ute og går i nærmiljøet?». Deltakerne svarte på en skala fra 0 til 10, der 0 var «Ikke trygg i det hele tatt» og 10 var «Svært trygg» (24).

I dette kapittelet er trygghet i nærmiljøet gruppert inn i lave (0–5 poeng), moderate (6–7 poeng) og høye skårer (8–10 poeng). Fokus vil være på lav og høy trygghet.

7.4.1 Lhb+-personer er generelt trygge i nærmiljøet

Resultatene viser at de fleste lhb+-personer er trygge i nærmiljøet og forskjellene mellom lhb+ og ikke-lhb+ er små.

Andel med høy trygghet:

- **Lhb+:** 69 prosent
- **Ikke-lhb+:** 73 prosent
- **Forskjell:** -4 prosentpoeng

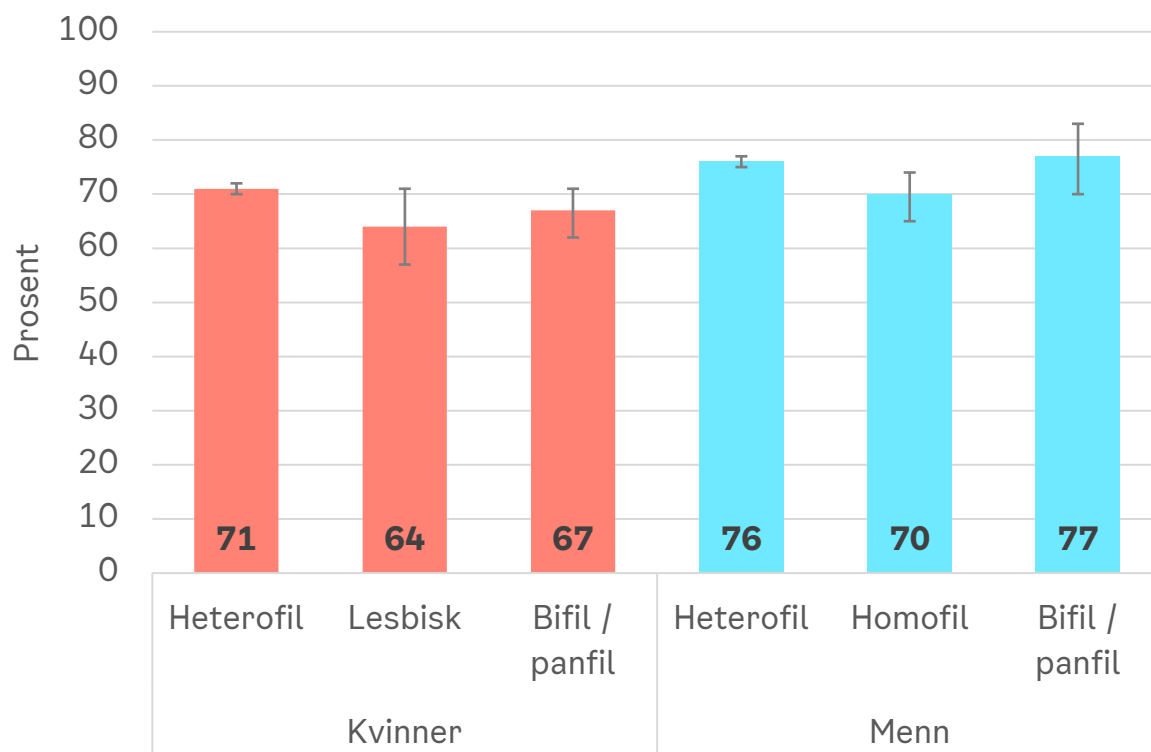
Andel med lav trygghet:

- **Lhb+:** 15 prosent
- **Ikke lhb+:** 11 prosent
- **Forskjell:** +4 prosentpoeng

Selv om forskjellene mellom gruppene samlet er små, er det likevel noen forskjeller etter seksuell orientering og kjønn. Tryggheten i nærmiljøet er:

- Lavere blant kvinner enn menn
- Lavere blant homofile menn enn heterofile menn

Figur 7-15 viser resultatene for høy trygghet.

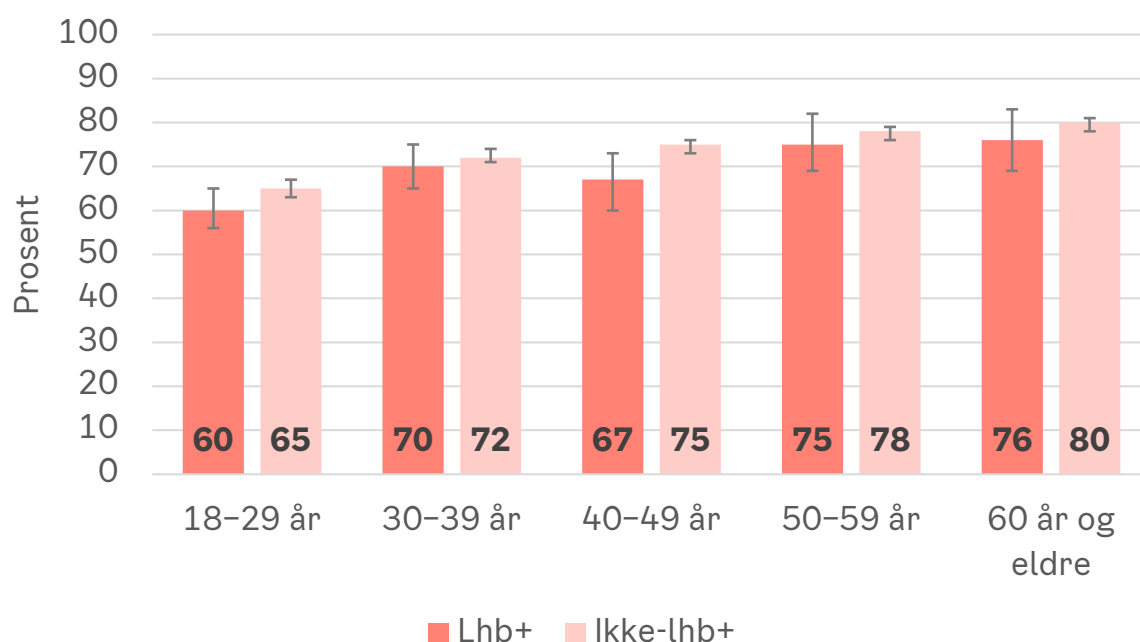


Figur 7-15. Andel med høy grad av trygghet i nærmiljøet, etter kjønn og seksuell orientering. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervall.

7.4.2 Unge er mindre trygge i nærmiljøet enn eldre

Unge er mindre trygge i nærmiljøet enn eldre og mønsteret er likt både blant lhb+- og ikke-lhb+-personer. Forskjellene i trygghet er små mellom lhb+ og ikke-lhb+-personer innad i aldersgrupper.

Figur 7-16 viser resultatene for høy trygghet.



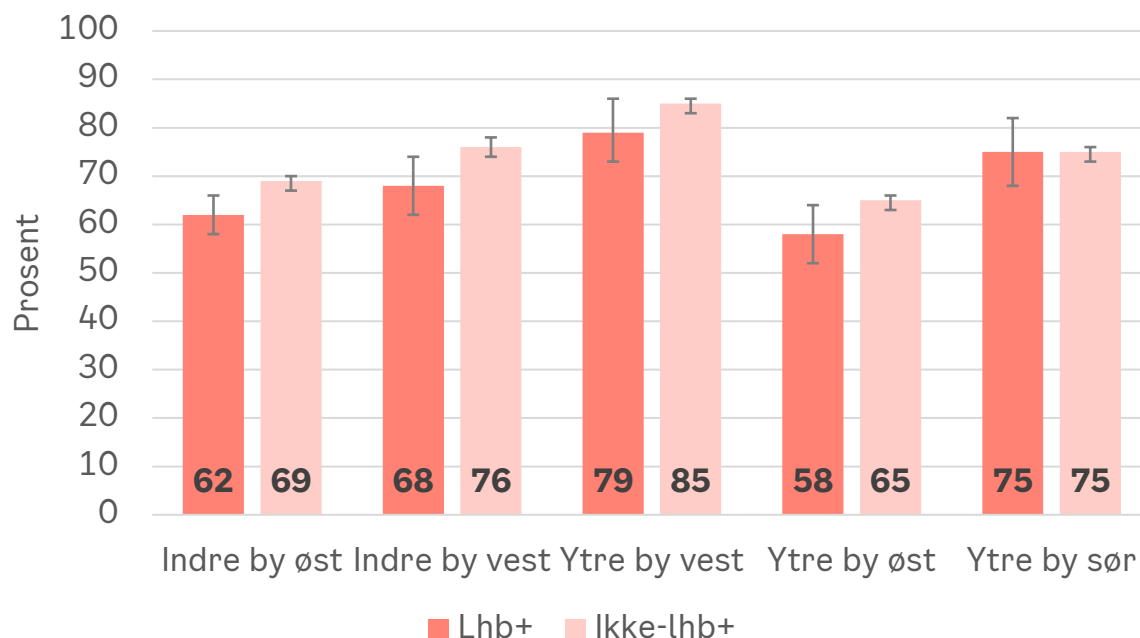
Figur 7-16. Andelen med høy trygghet i nærmiljøet, etter alder og lhb+-status. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

7.4.3 Forskjeller i flere grupper

Figur 7-17 viser en lavere andel med høy trygghet i nærmiljøet blant lhb+-personer i ytre by øst, sammenlignet med de øvrige bydelene. Blant lhb+-personer oppgir 58 prosent høy trygghet av de som er bosatt i ytre by øst. Dette er **4-19 prosentpoeng** færre enn i de andre bydelene.

En annen gruppe der vi finner tydelige forskjeller er knyttet til funksjonshindring. Om lag halvparten (49 %) av lhb+-personer med funksjonshindring oppgir høye nivåer av trygghet i nærmiljøet. Til sammenligning rapporterer 70 prosent av lhb+-personer uten funksjonshindring det samme. Forskjellen er på **21 prosentpoeng**.

Figur 7-17 viser andel med høy trygghet etter byområder. For resultater i de øvrige gruppene, se tabell 11-18 og tabell 11-19 (Vedlegg 3).



Figur 7-17. Andelen med høy trygghet i nærmiljøet, etter byområde og lhb+-status. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

7.4.4 Trygghet i nærmiljøet henger sammen med psykiske plager og livstilfredshet, men ikke egenvurdert helse

I dette kapittelet undersøker vi sammenhengen mellom opplevd trygghet i nærmiljøet og lhb+-personers helse og livskvalitet. Trygghet er inndelt i lave (0–5 poeng), moderate (6–7 poeng) og høye nivåer (8–10 poeng). Mål på helse og livskvalitet inkluderer dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet. I metodekapittelet gis en beskrivelse av hvordan analysene ble gjennomført.

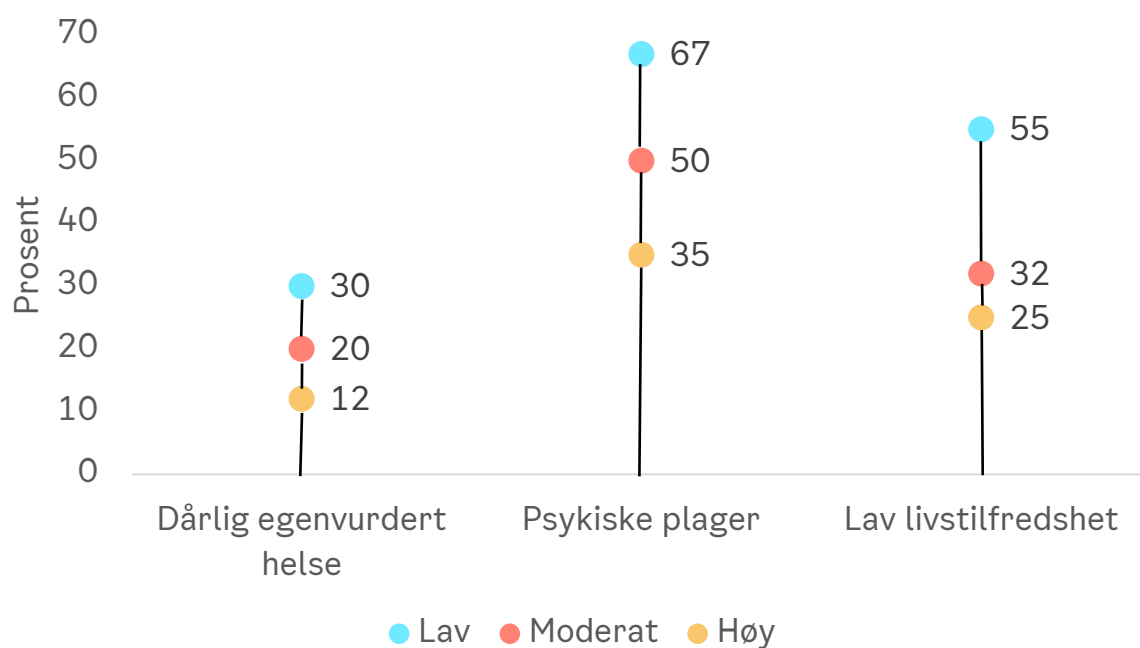
Analysene er både ujusterte og justert for alder, kjønn og andre faktorer. Resultatene er omtrent like i begge tilfeller (se tabell 12-24 til 12-26). I avsnittene under presenterer vi kun de ujusterte resultatene.

Analysene viser en klar sammenheng: Jo mindre trygg man føler seg i nærmiljøet, jo høyere andel med dårlig helse og lav livskvalitet.

Sammenlignet med personer som opplever høy trygghet i nærmiljøet, er andelen som rapporterer:

- Moderat trygghet
 - +10 prosentpoeng dårlig egenvurdert helse
 - +15 prosentpoeng psykiske plager
 - +7 prosentpoeng lav livstilfredshet
- Lav trygghet
 - +18 prosentpoeng dårlig egenvurdert helse
 - +32 prosentpoeng psykiske plager
 - +30 prosentpoeng lav livstilfredshet

Figur 7-18 viser de konkrete prosentandelene.



Figur 7-18. Andel med dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet blant lhb+-personer, etter grad av trygghet i nærmiljøet. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall.

8 Materielle og økonomiske levekår

Hovedfunn



- 79 prosent av lhb+-personer i alderen 26–66 år oppga å være i arbeid, mot 85 prosent blant ikke-lhb+-personer i samme alder.
- Den lavere arbeidsdeltakelsen blant lhb+-personer, og da særlig blant bi/panfile, kan i stor grad tilskrives at gruppen er yngre og at flere er under utdanning.
- De økonomiske og materielle levekårene til lesbiske kvinner, er like gode som blant heterofile kvinner.
- Blant lhb+-personer med lavere utdanning, enslige og funksjonshindrede, er færre i arbeid og de har større utfordringer med økonomi og egen bolig.
- Hele 4 av 10 lhb+-personer opplever den økonomiske situasjonen som vanskelig, og halvparten har vansker med å håndtere en uforutsett utgift på mer enn 20 000 kroner.
- Blant lhb+-personer med innvandrerbakgrunn er sysselsettingen like god som lhb+-personer født i Norge, men flere opplever utfordringer med økonomi og bolig.
- Helse og livskvalitet henger tett sammen med lhb+-personers økonomiske og materielle levekår. Blant annet oppgir 53 prosent dårlig egenvurdert helse blant de uten arbeid, sammenlignet med 11 prosent blant de i arbeid.

Levekår handler om de ytre betingelsene mennesker lever under, og hvilke ressurser og muligheter en har til å leve et godt liv (60). Tidligere i rapporten har vi sett at lhb+-personer har flere levekårsutfordringer sammenlignet med ikke-lhb+-personer. De oppgir et større udekket behov for helsetjenester, mer ensomhet, lavere livskvalitet og flere helseutfordringer enn ikke-lhb+-personer. Forskjellene er særlig store blant unge voksne, bi/panfile og funksjonshindrede. I dette kapittelet vil vi rette søkelyset mot de materielle og økonomiske levekårene og da spesifikt arbeidsdeltakelse, økonomisk situasjon og bolig og bomiljø.

8.1 Arbeidsdeltakelse

Høy sysselsetting er hovedmålet i norsk politikk og legger grunnlaget for velferdsstaten (61). Arbeid er gjerne forbundet med å fremme helse (62) og personer i arbeid har bedre helse enn dem som står utenfor (63). Samtidig viser forskning at arbeidets betydning for helse avhenger av kvaliteten på arbeidsforholdene (64,64), og at belastende, utrygge eller diskriminerende arbeidsmiljøer kan ha negativ innvirkning på både fysisk og psykisk helse (65).

Årsaksforholdene mellom arbeid og helse kan gå begge veier. På den ene siden kan redusert helse legge begrensninger på ens muligheter i arbeidslivet. På en annen side kan en godt tilrettelagt arbeidsplass bidra til god helse gjennom å gi rutine i hverdagen, regelmessig kontakt med andre mennesker, tilhørighet og mening i hverdagen. Arbeid kan også sikre økonomisk trygghet, og gi en følelse av verdighet og bidrag inn til fellesskapet (66).

I Folkehelseundersøkelsen i Oslo ble arbeidsdeltakelse kartlagt av spørsmålet: «Hvilken arbeids- og livssituasjon er du i?»(24). Fokus for dette kapittelet er på andelen som er i arbeid, mot de som ikke er i arbeid. Vi undersøkte også om årsaken til ikke-arbeid (f.eks. arbeidsledig, uføretrygdet student / elev).

I analysene er aldersgruppen begrenset til de 26 og 66 år, som er regnet for å være kjernearbeidsgruppen. Grunnen til 26 år som nedre grense er at da forventer vi at de fleste vil ha fullført utdanningen og ha fast tilknytning til arbeidslivet. Den øvre grensen er knyttet til pensjonsalder. I Norge er pensjonsalderen fleksibel, men ofte settes den til 67 år i statistikk.

8.1.1 Lavere arbeidsdeltakelse blant lhb+-personer forklares av at flere er under utdanning

Nær 8 av 10 lhb+-personer i kjernearbeidsgruppen rapporterer at de er i arbeid. Andelen er derimot noe lavere enn den blant ikke-lhb+-personer i samme alder, og forskjellen kan regnes som moderat:

- **Lhb+:** 79 prosent
- **Ikke-lhb+:** 85 prosent
- **Forskjell:** -6 prosentpoeng

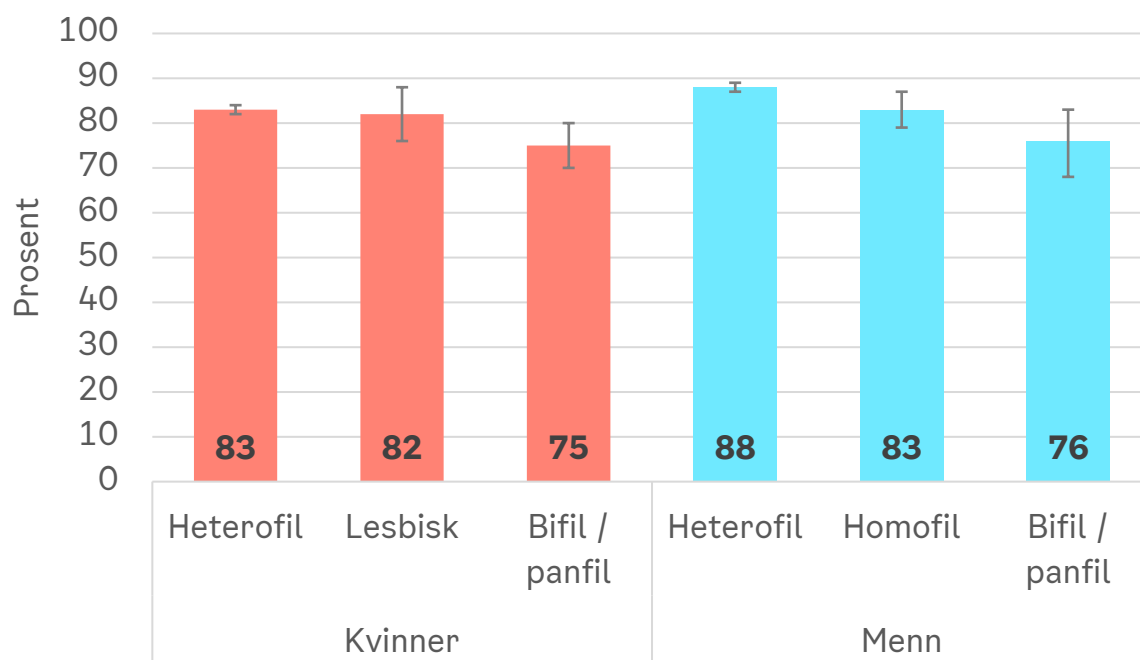
Forskjellen i arbeidsdeltakelse skyldes i hovedsak at flere lhb+-personer er under utdanning (lhb+: 11 %, ikke-lhb+: 6 %).

Ser vi på de som står utenfor arbeidslivet, er andelen 10 prosent blant lhb+-personer og 9 prosent blant ikke-lhb+-personer.

8.1.2 Færre bi/panfile i arbeid

Figur 8-1 viser at arbeidsdeltakelsen varierer etter kjønn og seksuelle orientering. Høyest arbeidsdeltakelse finner vi blant heterofile menn (88 %) og lavest er den blant bi/panfile kvinner og menn (75–76 %).

Også her forklares forskjellene i hovedsak av at flere bi/panfile er under utdanning sammenlignet med heterofile (resultater ikke vist).



Figur 8-1. Andel som er i arbeid, etter kjønn og seksuell orientering. Innbyggere 26 til 66 år. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

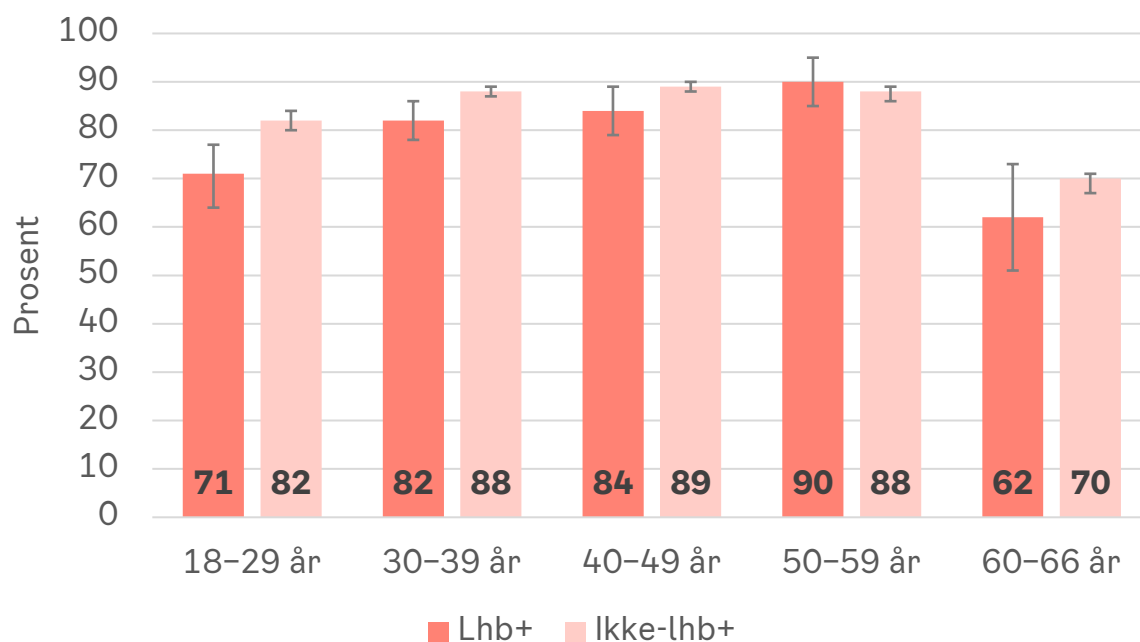
8.1.3 Færre unge voksne i arbeid

Figur 8-2 viser at tilknytning til arbeidslivet følger et tydelig livsmønster. Den er lavere blant de yngste (som er under utdanning), høyest blant de 30–59 år, før den faller blant de eldste (pensjonsalder).

Forskjellene mellom lhb+ og ikke-lhb+-personer er størst i de to yngste aldersgruppene, og særlig i gruppen 18–29 år:

- **Lhb+-personer:** 71 prosent
- **Ikke-lhb+-personer:** 82 prosent
- **Forskjell:** -11 prosentpoeng

Når vi undersøker hva som kan være forklaringen på disse forskjellene, ser vi igjen at flere lhb+-personer er under utdanning i denne aldersgruppen, enn jevnaldrende ikke-lhb+-personer (lhb+: 21 %, ikke-lhb+: 14 %).



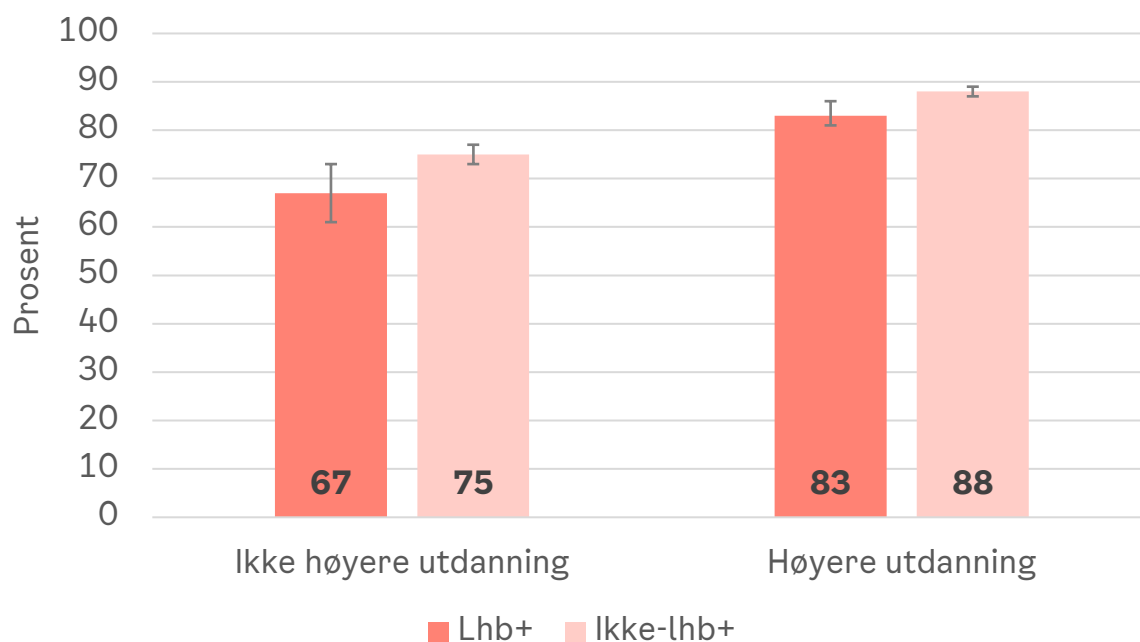
Figur 8-2. Andel som er i arbeid, etter alder og lhb+-status. Innbyggere 26 til 66 år. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

8.1.4 Forskjeller i flere grupper

Arbeidsdeltakelsen er lavere blant lhb+-personer (og ikke-lhb+-personer):

- med **lavere utdanning** (enn de med høyere utdanning)
- som er **enslig eller enke/enkemenn** (enn de som er gift, har samboer eller registrert med partner)
- med **funksjonshindring** (enn de uten funksjonshindring)

Figur 8.3 viser andel som rapporterer å være i arbeid etter utdanning. For resultater i de øvrige gruppene, se tabell 11-20 (Vedlegg 3).



Figur 8-3. Andel som er i arbeid, etter utdanningsnivå og lhb+-status. Innbyggere 26 til 66 år. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

8.1.5 Lhb+-personer i arbeid har bedre egenvurdert helse, høyere livstilfredshet og færre psykiske plager, enn de som står uten arbeid

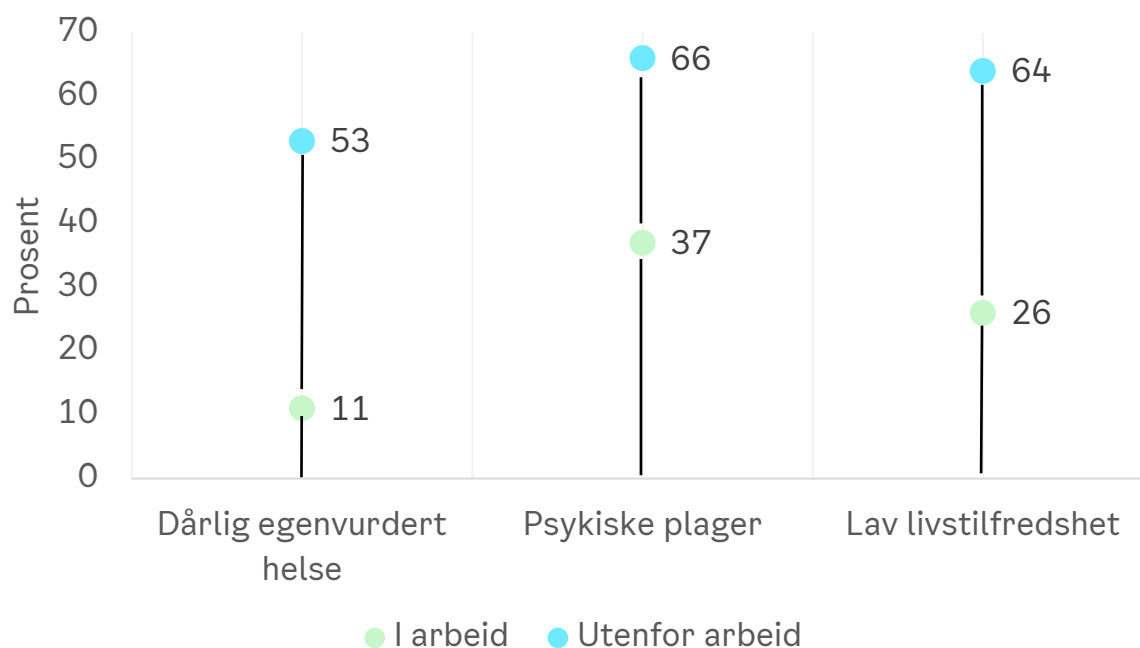
I analyser har vi undersøkt sammenhengen mellom arbeidsdeltakelse og lhb+-personers helse og livskvalitet. I analysene er de som er i arbeid sammenlignet med de som ikke er i arbeid, på følgende mål: dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet. I metodekapittelet gis en beskrivelse av hvordan analysene ble gjennomført.

Analysene er både ujusterte og justert for alder, kjønn og andre faktorer. Resultatene er omtrent like i begge tilfeller (se tabell 12-24 til 12-26). I avsnittene under presenterer vi kun de ujusterte resultatene.

Resultatene fra analysene viser klare sammenhenger: Lhb+-personer som er i arbeid, rapporterer færre helse- og livskvalitetsutfordringer enn de som ikke er i arbeid. Sammenlignet med personer uten arbeid, er andelen blant de som er i arbeid:

- -42 prosentpoeng dårlig egenvurdert helse
- -29 prosentpoeng psykiske plager
- -38 prosentpoeng lav livstilfredshet

Figur 8.4 viser de faktiske prosentandelene.



Figur 8-4. Andel som oppgir dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet blant lhb+-personer, etter arbeidsstatus. Innbyggere 26 til 66 år. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte.

8.2 Økonomisk trygghet

Forskning viser at økonomi henger tett sammen med helse (67,68). Økonomiske vansker kan være en kilde til bekymringer og stress, og kan påvirke menneskers overskudd og muligheter til å opprettholde en god helse (69). Motsatt kan helseutfordringer føre til økonomiske vansker blant annet at man strever med å stå i jobb og mottar en stabil inntekt. I tillegg vil en god økonomisk situasjon gi handlingsrom og overskudd slik at man kan fokusere mer på det som gir glede og helse i hverdagen.

I dette kapittelet vil vi se nærmere på økonomisk trygghet blant lhb+-personer. Økonomisk trygghet består av menneskers økonomiske evne i dag og økonomiske evne i fremtiden (økonomisk buffer) (70). Tabell 8-1 gir en oversikt over spørsmål, svarkategorier og gruppering av de to økonomispørsmålene i Folkehelseundersøkelsen i Oslo.

Tabell 8-1. Spørsmål, svarkategorier og gruppering av økonomispørsmålene.

Dimensjon	Spørsmål	Svarkategorier	Gruppering
Økonomisk evne i dag	Dersom du bor alene, tenk på din samlede inntekt. Dersom du bor sammen med andre, tenk på den samlede inntekten til alle i husholdningen. Hvor lett eller vanskelig er det for deg/husholdningen å få pengene til å strekke til i det daglige, med denne inntekten?	1. Svært vanskelig 2. Vanskelig 3. Forholdsvis vanskelig 4. Forholdsvis lett 5. Lett 6. Svært lett	Kategorier 1-3 gruppert som «Vanskelig»; kategorier 4-6 gruppert som «Ikke vanskelig»
Økonomisk evne i fremtiden	Hvor stor uforutsett utgift vil du/husholdningen kunne dekke i løpet av en måned uten å måtte ta opp ekstra lån, selge eiendeler eller motta hjelp fra andre?	1. Ingenting 2. Inntil 5 000 3. Inntil 20 000 4. Inntil 50 000 5. Inntil 100 000 6. 100 000 kroner eller mer	Kategorier 1-3 gruppert som «Inntil 20 000 kroner»; kategori 4-6 gruppert som «20 000 kroner eller mer»

Fotnote. De som har krysset av for kategorien «Vet ikke» eller som mangler svar på økonomispørsmålene er holdt utenfor analysene.

8.2.1 Små forskjeller mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer

Lhb+-personer er mer økonomisk utrygge enn ikke-lhb+-personer, og forskjellene kan regnes som **moderate**. Andel som oppgir vanskelig økonomisk situasjon:

- **Lhb+:** 38 prosent
- **Ikke-lhb+:** 33 prosent
- **Forskjell:** +5 prosentpoeng

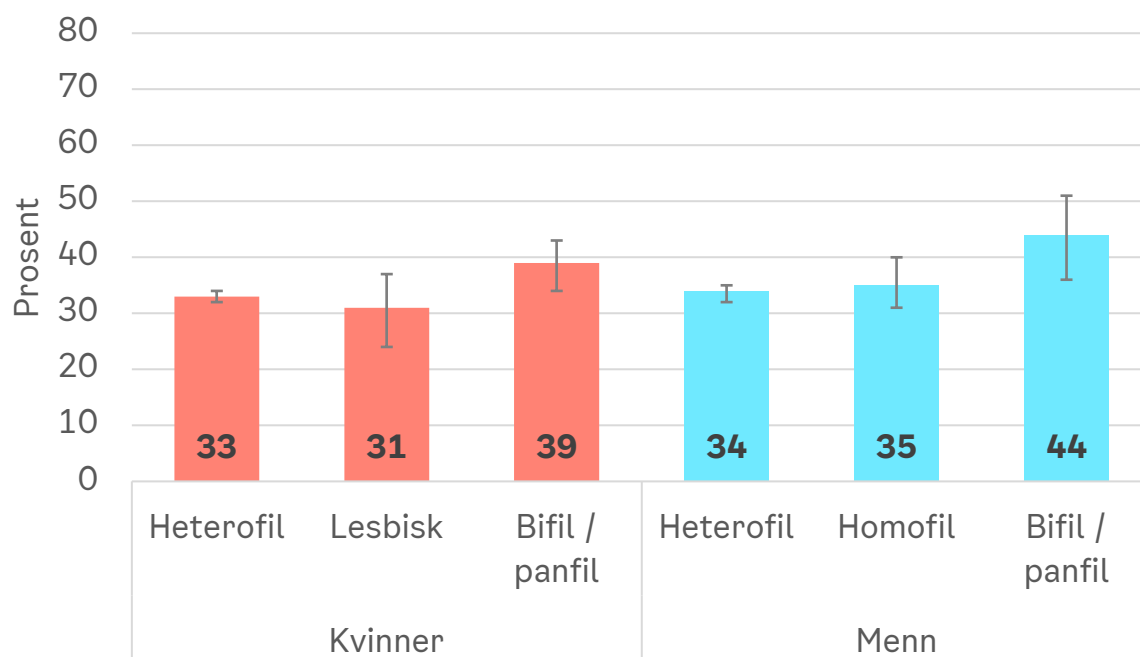
Andel som oppgir vansker med å håndtere en uforutsett utgift på over 20 000 kroner:

- **Lhb+:** 49 prosent
- **Ikke-lhb+:** 44 prosent
- **Forskjell:** +5 prosentpoeng

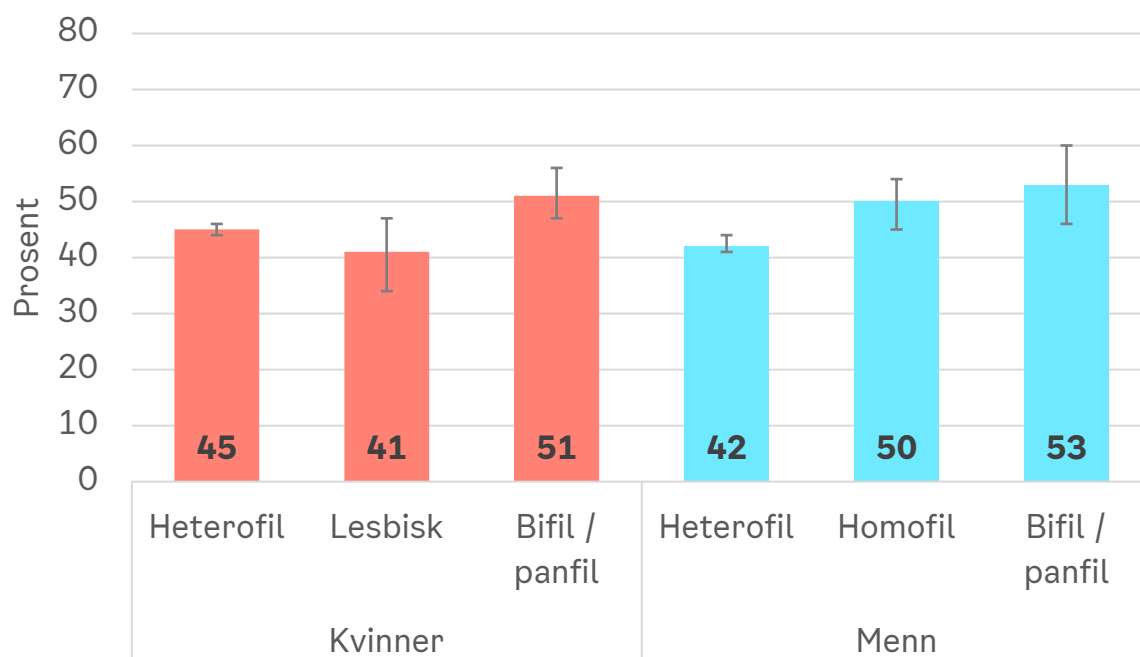
8.2.2 Flere bi/panfile er økonomisk utrygge

Figur 8.5. og figur 8.6 viser resultatene for de ulike økonomi-indikatorene fordelt på kjønn og seksuell orientering.

Som i tidligere kapitler: bi/panfile kommer dårligere ut enn de øvrige gruppene når det gjelder økonomisk trygghet. Den høyere økonomiske utryggheten blant bi/panfile kan ha noe med at flere er under utdanning (Kapittel 8.1), som igjen vil påvirke deres muligheter til å spare penger og skape økonomisk stabilitet. Blant lesbiske og homofile ligger deres økonomiske trygghet nærmere det vi observerer for heterofile.



Figur 8-5. Andel som opplever en vanskelig økonomisk situasjon, etter kjønn og seksuell orientering. Innbyggere 18 år og eldre. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

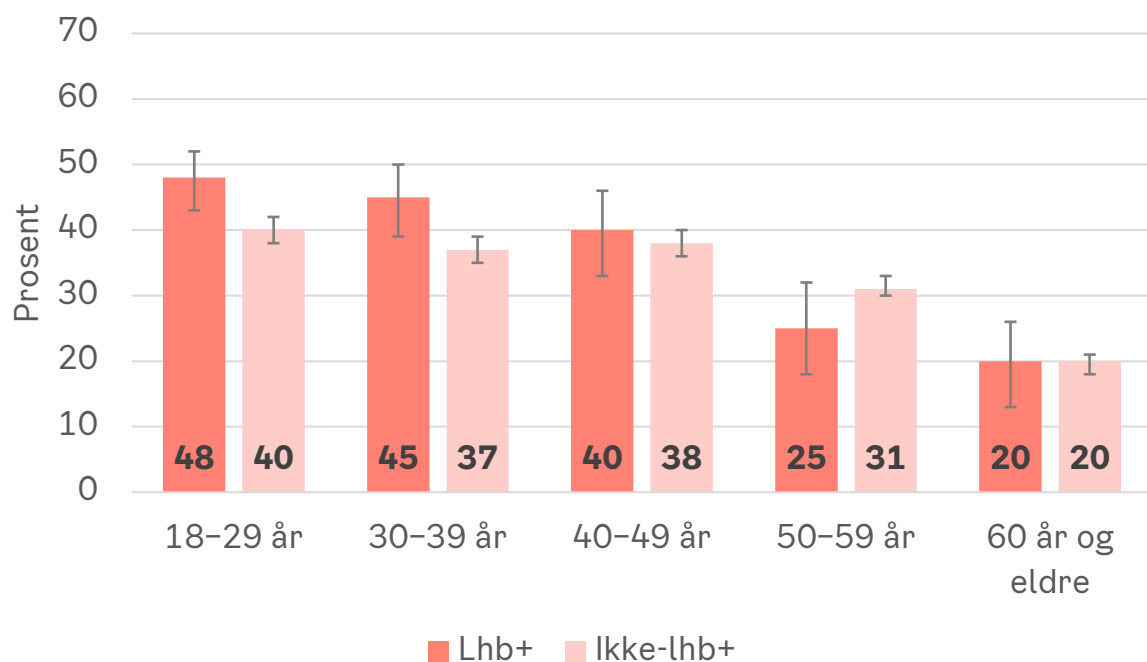


Figur 8-6. Andel som rapporterer å håndtere en utgift på inntil 20 000 kroner, etter kjønn og seksuell orientering. Innbyggere 18 år og eldre. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

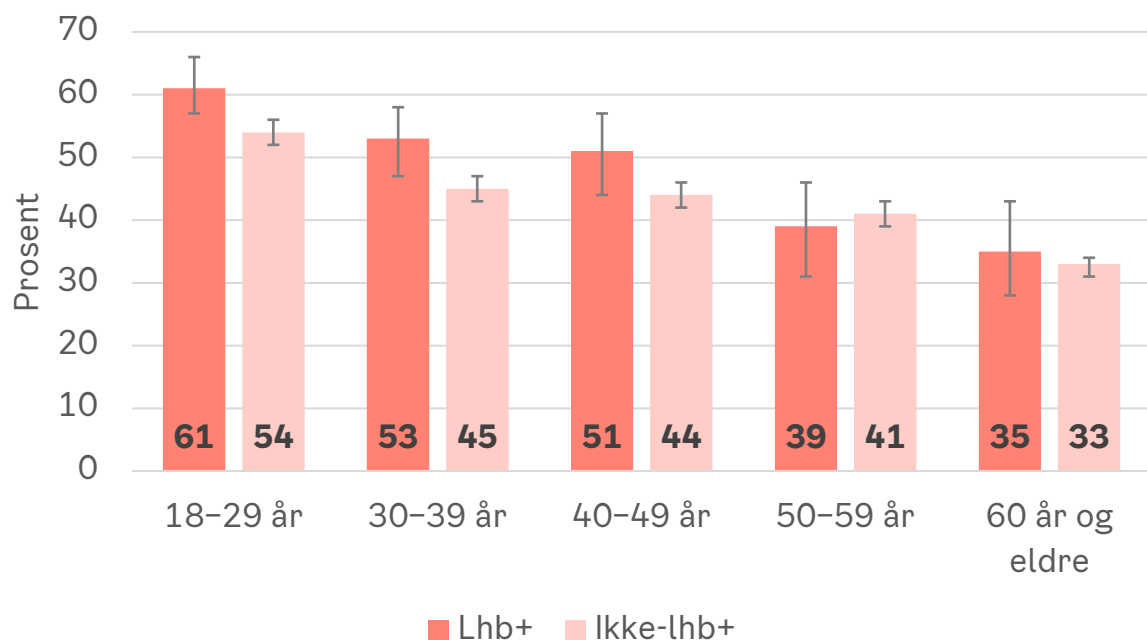
8.2.3 Mindre økonomisk trygghet blant lhb+ enn ikke-lhb+ i de yngste aldersgruppene

Figur 8-7 og 8-8 viser at jo eldre deltakerne er, jo bedre blir den økonomiske tryggheten. Denne aldersgradienten finner vi både blant lhb+ og ikke-lhb+-personer for begge økonomi-indikatorene. For vanskelig økonomisk situasjon, går andelen ned med 28 prosentpoeng blant lhb+-personer og 20 prosentpoeng blant ikke-lhb+-personer. For uforutsette utgifter, er nedgangen omtrent like stor.

Lhb+-personer er mer økonomisk utrygge enn ikke-lhb+-personer i de to yngste aldersgruppene, og forskjellene kan regnes som **moderate**. Situasjonen blir bedre med alderen, og blant de eldste er forskjellene mellom gruppene små.



Figur 8-7. Andel som rapporterer en vanskelig økonomisk situasjon, etter alder og lhb+-status. Innbyggere 18 år og eldre. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.



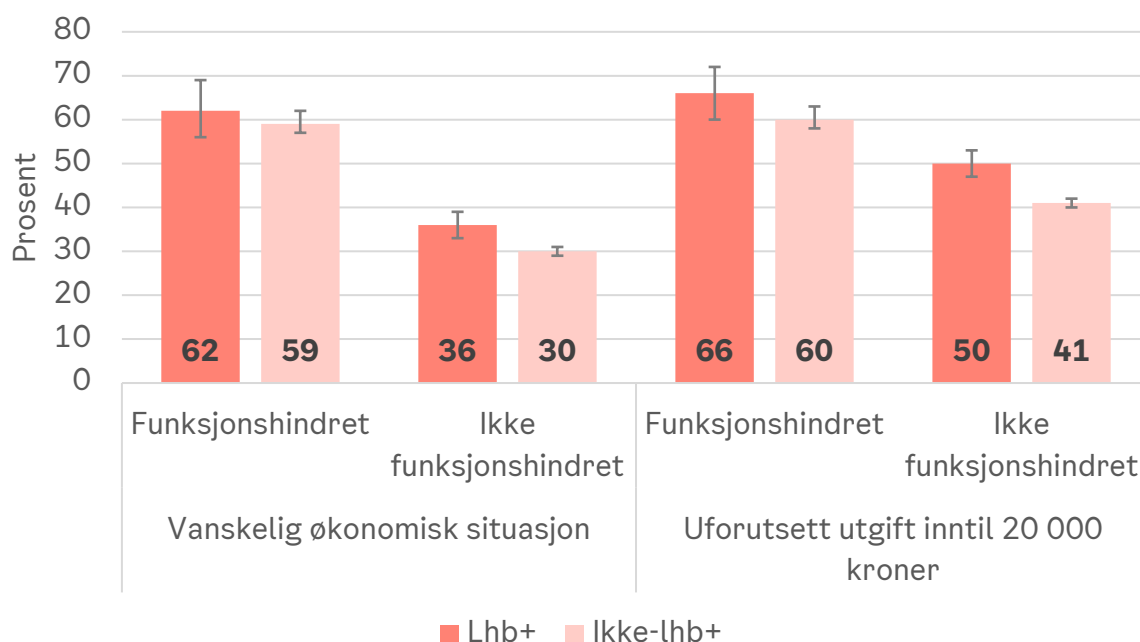
Figur 8-8. Andel som rapporterer å dekke en uforutsett utgift på inntil 20 000 kroner, etter alder og lhb+-status. Innbyggere 18 år og eldre. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

8.2.4 Forskjeller i flere grupper

Den økonomiske utryggheten er mer utbredt blant lhb+-personer (og ikke-lhb+-personer):

- med **lavere utdanning** (enn høyere utdanning)
- som **har kjæreste eller er enslig eller enke/enkemenn** (enn de som er gift, har samboer eller registrert med partner)
- fra **landgruppe 2** (enn de som er født i Norge)
- med funksjonshindring (enn de uten funksjonshindring)

Figur 8-9 viser andel som oppgir vanskelig økonomisk situasjon og utfordringer med å håndtere en uforutsett utgift på over 20 000 kroner, etter funksjonshindring og lhb+-status. For resultater i øvrige grupper, se tabell 11-21 og 11-22 (Vedlegg 3).



Figur 8-9. Andel som rapporterer en vanskelig økonomisk situasjon og greier å håndtere en uforutsett utgift på inntil 20 000 kroner, etter funksjonshindring og lhb+-status. Innbyggere 18 år og eldre. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

8.2.5 Helsen og livskvaliteten til lhb+-personer går ned, jo verre den økonomiske situasjonen blir

I analyser undersøkte vi om dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet hadde sammenheng med lhb+-personers økonomiske situasjon og økonomisk buffer ved uforutsette utgifter. I analysene ble opplevd økonomisk situasjon gruppert inn i en 4-kategori variabel, med følgende grupperinger:

- Svært vanskelig/vanskelig
- Forholdsvis vanskelig
- Forholdsvis lett
- Svært lett/lett

Det samme gjorde vi for uforutsette utgifter:

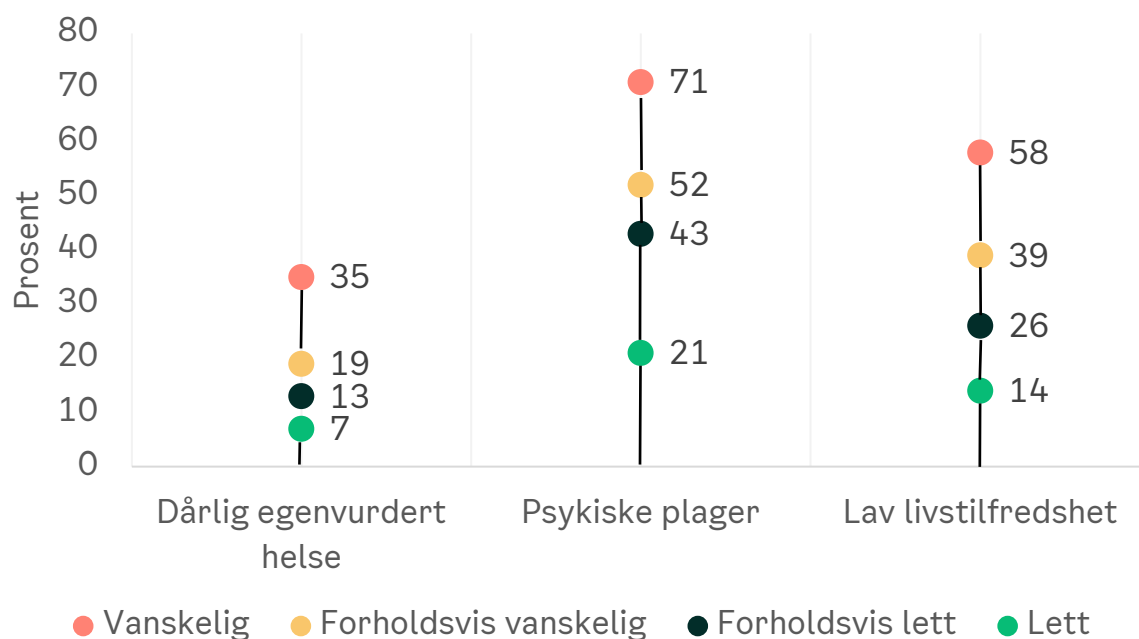
- Inntil 5 000 kroner
- Inntil 20 000 kroner
- Inntil 100 000 kroner
- 100 000 kroner eller mer

Resultatene fra analysene viser at andelen med dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet blant lhb+-personer øker, jo vanskeligere den økonomiske situasjonen blir. Sammenlignet med de som opplever sin økonomiske situasjon som svært lett/lett, har lhb+-personer med:

- Svært vanskelig/vanskelig økonomisk situasjon
 - +28 prosentpoeng dårlig egenvurdert helse
 - +50 prosentpoeng psykiske plager
 - +44 prosentpoeng lav livstilfredshet
- Forholdsvis vanskelig økonomisk situasjon
 - +12 prosentpoeng dårlig egenvurdert helse
 - +31 prosentpoeng psykiske plager
 - +25 prosentpoeng lav livstilfredshet

Forskjeller ble også funnet mellom de med forholdsvis lett og svært lett/lett økonomisk situasjon, men da kun for psykiske plager.

Figur 8-10 viser de faktiske prosentandelene.



Figur 8-10. Andel som oppgir dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet blant lhb+-personer, etter opplevd økonomisk situasjon. Innbyggere 18 år og eldre. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall.

Som for opplevd økonomisk situasjon, finner vi også en tydelig gradient knyttet til uforutsette utgifter: Andelen med dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet øker, jo mindre oppsparte midler man har ved uforutsette utgifter.

Sammenlignet med de med 100 000 kroner eller mer, har lhb+-personer som kan dekke en uforutsett utgift på:

- Inntil 5 000 kroner
 - +16 prosentpoeng dårlig egenvurdert helse
 - +46 prosentpoeng psykiske plager
 - +32 prosentpoeng lav livstilfredshet
- Inntil 20 000 kroner
 - +7 prosentpoeng dårlig egenvurdert helse
 - +24 prosentpoeng psykiske plager
 - +14 prosentpoeng lav livstilfredshet

For de som kan dekke en utgift på inntil 100 000 kr finner vi også forskjeller, men da kun for psykiske plager.

Se tabell 11-24 til 11-26 for alle resultatene (Vedlegg 3).

8.3 Bolig og boforhold

Oslos befolkning bruker i dag mesteparten av sin tid innendørs. Derfor er bolig en viktig faktor for innbyggernes helse og livskvalitet. For eksempel under Covid-19 pandemien så vi viktigheten av bolig i spredning av smitte og for å opprettholde en god psykisk helse (71). Høye boligpriser og press på arealer, særlig i sentrale strøk, i Oslo gjør at mange strever med å skaffe seg en egnet bolig til en overkommelig pris (19). Norge har også en tydelig eie-linje. Å eie egen bolig kan gi økt trygghet og stabilitet, og bidra positivt til å akkumulere formue over tid.

For skeive kan deres helse- og levekårsutfordringer bli betydelig forverret av mangelfull tilgang på gode boliger og nabolag. Som beskrevet i Kapittel 3, er det en større andel lhb+-personer bosatt i indre Oslo by, sammenlignet med ikke-lhb+-personer. Fra tidligere analyser fra Folkehelseundersøkelsen i Oslo har vi sett at flere oppgir utfordringer ved bolig blant de som er bosatt i sentrumsnære strøk, enn i de ytre bydelene (24).

I kapittelet har vi også sett at det er noen flere lhb+- enn ikke-lhb+-personer som er under utdanning og som oppgir økonomiske vansker, særlig bi/panfile. Dette kan påvirke gruppens muligheter på boligmarkedet. På bakgrunn av dette forventer vi at lhb+-personer har større utfordringer med bolig og bomiljø enn ikke-lhb+-personer.

I Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 spurte vi deltakerne om å oppgi i hvilken grad deres bolig opplevdes som for liten (trangboddhet) og om de hadde noen av følgende utfordringer ved egen bolig:

- Lite dagslys
- Fukt/råte
- Støy inne egen i bolig
- Luftforurensning inne i egen bolig

Vi lagde en samlevariabel for de fem boligutfordringene nevnt over. Variabelen går fra 0 til 5, der 0 er ingen utfordringer og 5 er alle kartlagte utfordringer.

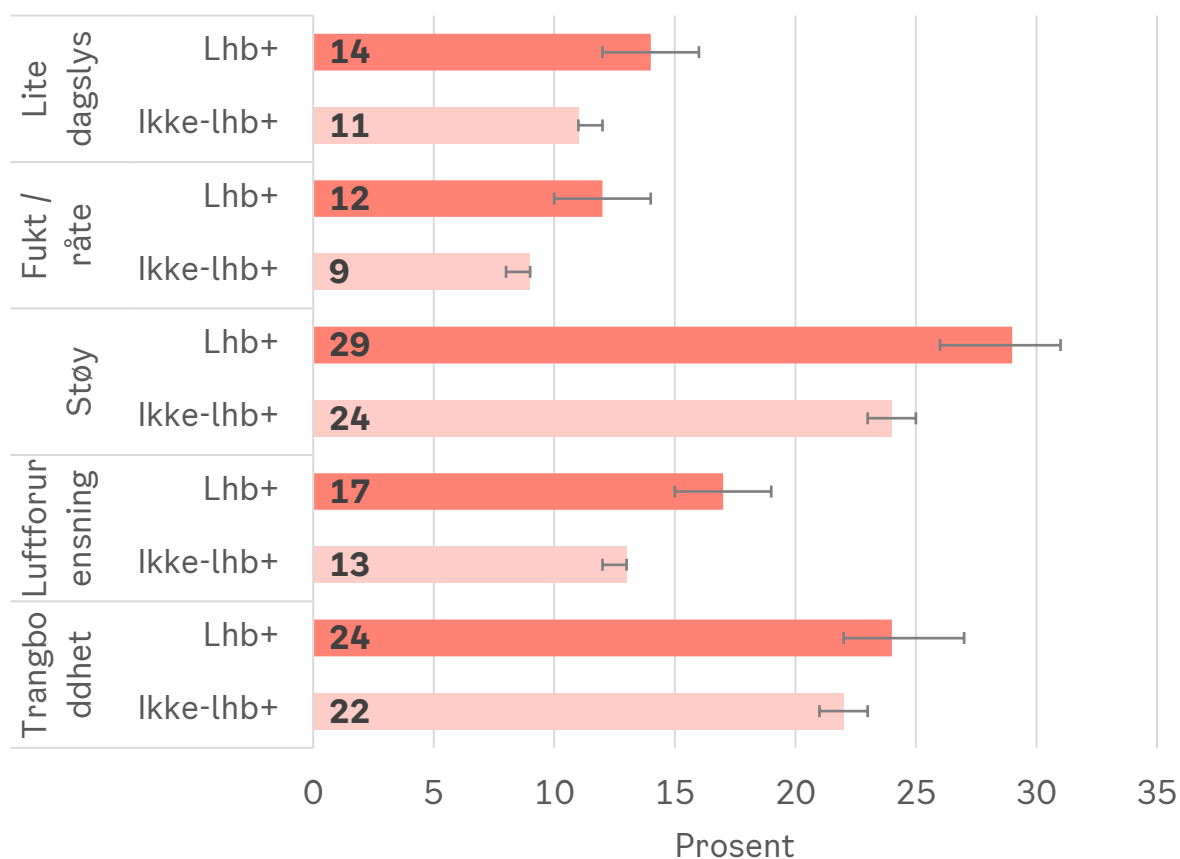
Resultatene er i hovedsak presentert som gjennomsnitt.

8.3.1 Hva er de vanligste utfordringene?

Figur 8-11 viser at støy og trangboddhet er boligforhold som plager lhb+- og ikke-lhb+-personer mest, med andeler mellom 22 og 29 prosent. Begge grupper svarer at de er minst plaget av lite dagslys og fukt og råte.

Figuren viser også små forskjeller mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer, men at noen flere lhb+- enn ikke-lhb+-personer oppgir å være plaget av:

- Støy (+5 prosentpoeng)
- Luftforurensning (+4 prosentpoeng)



Figur 8-11. Andel som rapporterer ulike utfordringer ved bolig, etter lhb+-status. Innbyggere 18 år og eldre. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

8.3.2 Bi/panfile med flest utfordringer

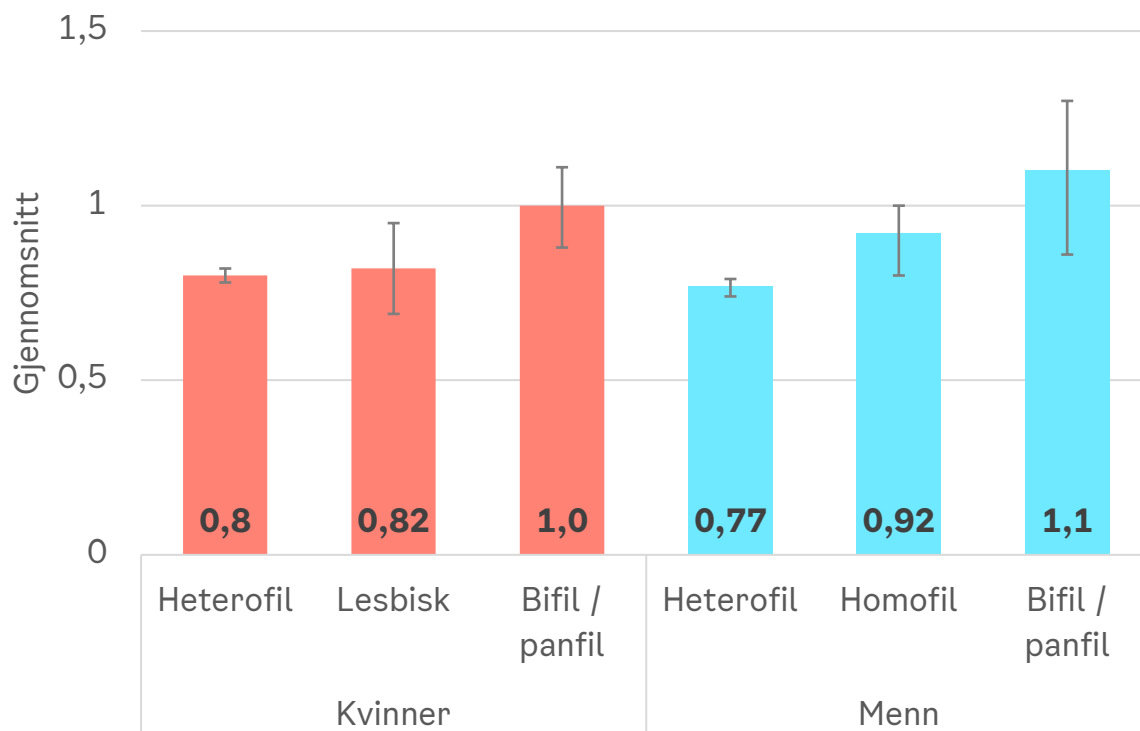
I gjennomsnitt skårer lhb+-personer 1,0 utfordringer ved egen bolig, mens snittet for ikke-lhb+-personer er på 0,8.

Figur 8-12 viser at gjennomsnittlig antall boligutfordringer er:

- Høyere blant bi/panfile, enn heterofile.
- Høyere blant homofile enn heterofile.
- Lik mellom lesbiske og heterofile.

Ser vi på spesifikke boligutfordringer blant kvinner, er støy og luftforurensning et vanligere problem blant bi/panfile kvinner enn heterofile kvinner. Blant menn er fukt/råte og lite dagslys i

egen bolig et større problem hos bi/panfile menn enn heterofile menn. Mens homofile menn oppgir i større grad å være plaget av støy og luftforurensning, sammenlignet med heterofile menn (resultater ikke vist).

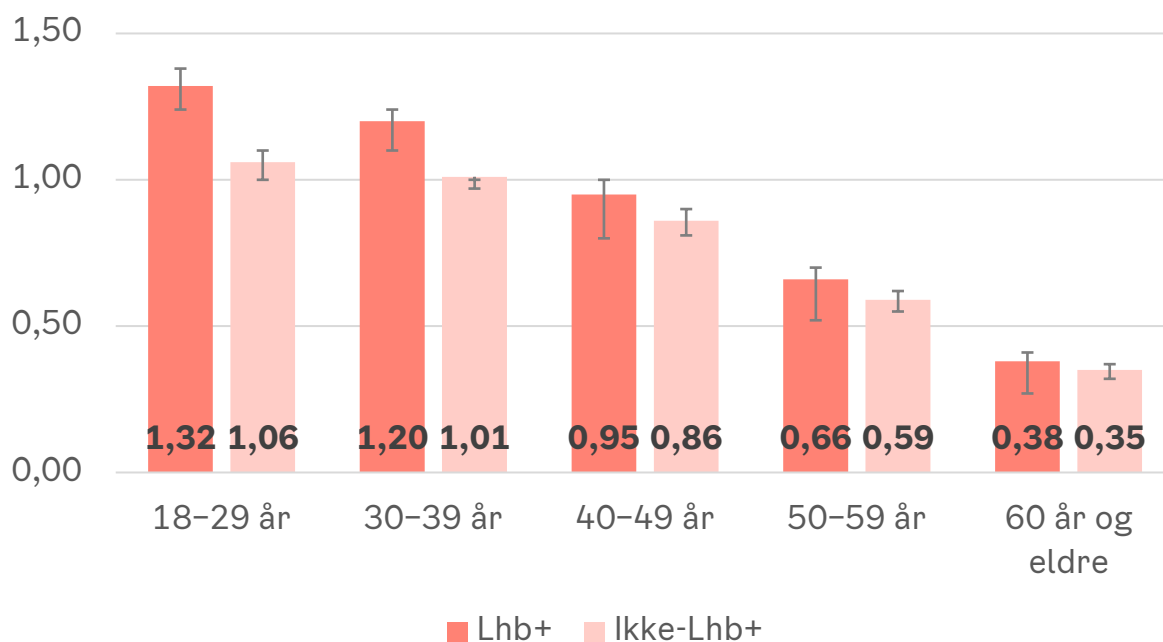


Figur 8-12. Gjennomsnittlig antall utfordringer ved egen bolig, etter kjønn og seksuell orientering. Innbyggere 18 år og eldre. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

8.3.3 Lavt antall boligutfordringer blant eldre

Figur 8-13 viser at gjennomsnittlig antall boligutfordringer synker med alderen. Lhb+-personer i gruppene 18–29 år og 30–39 år skårer i gjennomsnitt tre ganger flere boligutfordringer sammenlignet med de 60 år og eldre. I den yngste aldersgruppen er snittet godt over 1 utfordring. Blant de eldste er snittet rundt 0,4.

I aldersgruppene 18–29 år og 30–39 år oppgir lhb+-personer flere boligutfordringer, sammenlignet med ikke-lhb+-personer. Blant eldre derimot er forskjellene mellom gruppene små. Når det gjelder de spesifikke boligutfordringene, er det flere unge voksne lhb+- enn ikke-lhb+-personer som er plaget av fukt/råte, lite dagslys og luftforurensning inne i boligen (resultater ikke vist).



Figur 8-13. Gjennomsnittlig antall boligutfordringer, etter alder og lhb+-status. Innbyggere 18 år og eldre. Oslo, 2024. Vektete og ujusterte tall. Streker indikerer 95 % konfidensintervaller.

8.3.4 Forskjeller i flere grupper

Boligutfordringer er vanligere blant lhb+-personer (og ikke-lhb+-personer):

- med **lavere utdanning** (enn de med høyere utdanning)
- fra **landgruppe 2** (enn de født i Norge)
- Med **funksjonshindring** (enn de uten funksjonshindring)

For de konkrete tallene, se tabell 11-23 (Vedlegg 3).

8.3.5 Jo flere utfordringer ved egen bolig, jo dårligere helse og livskvalitet

Analysene ble gjennomført for å undersøke sammenhengen mellom bolig og bomiljø og ulike mål på helse og livskvalitet blant lhb+-personer. Boligutfordringer er her gruppert inn i «Ingen», «1-2 utfordringer» og «3-5 utfordringer». I metodekapittelet gis en beskrivelse av hvordan analysene ble gjennomført.

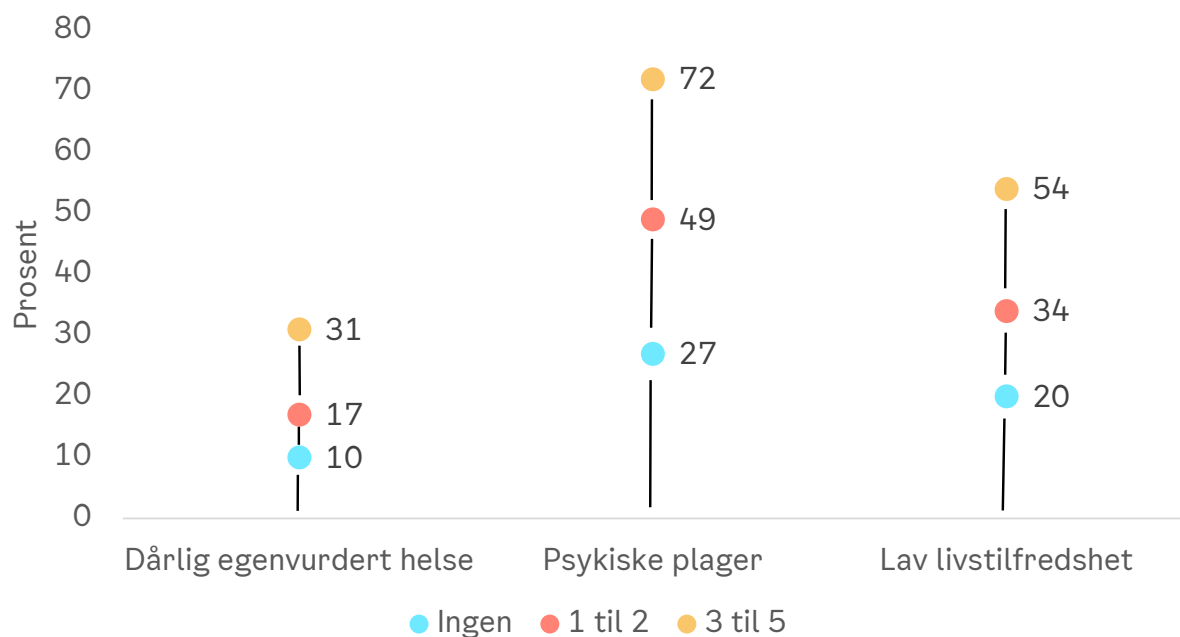
Analysene er både ujusterte og justert for alder, kjønn og andre faktorer. Resultatene er nesten like i begge tilfeller (se tabell 12-24 til 12-26). I teksten under presenterer vi derfor kun de ujusterte tallene.

Resultatene fra analysene viser at andelen med dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet øker, jo flere boligutfordringer de rapporterer.

Sammenlignet med de med ingen utfordringer, har lhb+-personer med:

- 1-2 utfordringer
 - +7 prosentpoeng dårlig egenvurdert helse
 - +22 prosentpoeng psykiske plager
 - +14 prosentpoeng lav livstilfredshet
- 3-5 utfordringer
 - +21 prosentpoeng dårlig egenvurdert helse
 - +45 prosentpoeng psykiske plager
 - +34 prosentpoeng lav livstilfredshet

Figur 8.14 viser de faktiske prosentandelene.



Figur 8-14. Andel med dårlig egenvurdert helse, psykiske plager og lav livstilfredshet, etter antall utfordringer ved egen bolig. Oslo. 2024. Vektete og ujusterte tall.

9 Oppsummering og diskusjon

I rapporten har vi undersøkt helsen, livskvaliteten og levekårene til lhb+-personer som har gjennomført Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024. Vi har sammenlignet lhb+- og ikke-lhb+-personer samlet sett og etter kjennetegn som seksuell orientering, kjønn, alder, utdanning, sivilstatus, byområder, innvandrerbakgrunn og funksjonshindring. Vi har også undersøkt hvilke faktorer som henger sammen med lhb+-personers helse og livskvalitet.

9.1 Overordnede funn

Resultatene viser at de fleste lhb+-personer i Oslo lever gode liv og har god helse. Rundt 6 av 10 vurderer egen helse som god, og en betydelig andel rapporterer høy livstilfredshet. Gruppens helsekompetanse, sosiale relasjoner, tillit til andre, trygghet i nærmiljøet og økonomiske og materielle levekår er omtrent like gode sammenlignet med ikke-lhb+-personer – særlig blant lesbiske kvinner, homofile menn og eldre lhb+-personer.

Samtidig avdekker vår undersøkelse betydelige forskjeller mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer i Oslo. Lhb+-personer oppgir i større grad dårligere egenvurdert helse, flere helseutfordringer, lavere livstilfredshet, og mer ensomhet, sammenlignet med ikke-lhb+-personer. Gruppen har også et høyere bruk og større udekket behov for psykisk helse- og tannhelsetjenester. Forskjellene er særlig store for psykiske plager (15 prosentpoeng), egenvurdert helse (13 prosentpoeng), og bruk av psykiske helsetjenester (12 prosentpoeng).

Resultatene viser også store forskjeller innad i lhb+-gruppen. Forskjellene går særlig igjen etter seksuell orientering, alder, funksjonshindringer og sivilstatus. I avsnittene under oppsummerer og drøfter vi resultatene for de ulike kjennetegnene.

I tillegg viser resultatene at forhold som helsekompetanse, bruk av og udekket behov for helsetjenester, ensomhet og økonomiske og materielle levekår henger tett sammen med lhb+-personers helse og livskvalitet. I de fleste tilfeller ser vi en gradient: Jo bedre levekår og sosiale forhold, desto bedre helse og livskvalitet.

9.2 Sammenlignet med tidligere undersøkelser

Hvordan er situasjonen blant lhb+-personer i Oslo, sammenlignet med Norge ellers?

Resultatene fra Folkehelseundersøkelsen i Oslo bør ses i lys av tidligere nasjonale undersøkelser om skeives helse, livskvalitet og levekår. Undersøkelser som er mest relevant å sammenligne med er en landsdekkende spørreundersøkelse blant lhbt+-personer fra 2020, publisert av Norman Andersen og kolleger (72), og Livskvalitetsundersøkelsene 2021–2025 til Statistisk sentralbyrå (2,3,13). Statistisk sentralbyrå har publisert utvalgte analyser fra livskvalitetsundersøkelsene i ulike artikler som omhandler psykisk helse (13), levekår (2) og forskjeller mellom by og bygd blant ikke-heterofile (3).

Sammenligninger med tidligere undersøkelser må tolkes med varsomhet. Undersøkelsene er gjennomført på ulike tidspunktet, med ulike utvalg, spørsmål og analysemetoder. I Folkehelseundersøkelsen i Oslo ble det trukket et tilfeldig utvalg på delbydelsnivå for å sikre geografisk representasjon, med ekstrautvalg i enkelte grupper. Dette skiller seg fra tidligere undersøkelser, som i større grad har vært basert på panelutvalg (53) eller rent tilfeldige utvalg (2,3,13). I tillegg presenterer vi aldersjusterte tall, mens tidligere undersøkelser i hovedsak har presentert ujusterte tall. Det er også metodiske forskjeller i spørsmål og grenseverdier. Oslo skiller seg dessuten fra resten av landet som helhet. Kommunen har blant annet en yngre befolkning, en høyere andel innvandrere, og en større andel med høyere utdanning (19). Disse faktorene påvirker både helseprofilen og levekårene i befolkningen.

Oslo skiller seg positivt ut sammenlignet med funn på nasjonalt nivå, på områder knyttet til livstilfredshet og ensomhet. For lav livstilfredshet er andelen blant lhb+-personer i Oslo 30 prosent, mot 40 prosent i Livskvalitetsundersøkelsene (2023–2025) (3). Når vi ser på ensomhet, svarte 25 prosent av lhb+-personer i Oslo at de ofte er ensomme, der ensomhet ble målt indirekte gjennom spørsmål om å savne nære venner og følelse av isolasjon og utenforskap. I Livskvalitetsundersøkelsene 2023–2025 var andelen 30 prosent, der ensomhet ble målt gjennom spørsmål om i hvilken grad de følte seg plaget av ensomhet siste uken (3). Det relativt positive bildet kan tolkes som at i Oslo er det tilgang på et større skeivt fellesskap og byen kan oppleves som mer åpen og inkluderende enn mange andre steder (3), som igjen kan bidra positivt for gruppens sosiale relasjoner og livskvalitet.

Oslo kommer også bedre ut for andel lhb+-personer som står utenfor arbeid (10 %), som er 7 prosentpoeng lavere enn i Livskvalitetsundersøkelsene 2020–2021 (17 %). De nasjonale tallene kan reflektere konsekvenser av koronapandemien. Hvordan arbeidssituasjonen er blant lhb+-personer nasjonalt i dag, er usikkert.

På en annen side viser tallene høyere andeler i Oslo med opplevde økonomiske vansker (38 %) og mindre enn 20 000 kroner til å håndtere uforutsette utgifter (49 %), sammenlignet med tall fra Livskvalitetsundersøkelsene 2020–2021 (økonomiske vansker: 17 %, uforutsette utgifter: 36 %) (2). Sammenlignet med de samme undersøkelsene, er andelen som er plaget av støy og luftforurensning inne i boligen rundt 5 prosentpoeng høyere i Oslo enn nasjonalt (2). Det er også færre i Oslo som oppgir høy grad av trygghet i nærmiljøet. Alle disse faktorene er kjente storbyutfordringer (19).

Lhb+-personer egenvurderte helse i Oslo er omtrent like gode som det som har blitt rapportert i tidligere undersøkelser (2,4). Når det gjelder psykiske plager, er det store variasjoner mellom de ulike undersøkelsene, som gjør tolkning utfordrende (2,4).

Vi kjenner ikke til nasjonale undersøkelser med utvalg av skeive der man har sett på bruk og udekket behov for helsetjenester og helsekompetanse.

9.3 Forskjeller etter seksuell orientering og kjønn

Vi finner tydelige forskjeller etter seksuell orientering. Bi/panfile kvinner og menn kommer gjennomgående dårligere ut enn heterofile på de fleste indikatorene, og i noen tilfeller også dårligere enn lesbiske og homofile. Dette gjelder særlig egenvurdert helse, psykiske plager, lav livstilfredshet, bruk av og udekket behov for psykiske helsetjenester, samt ensomhet. For eksempel oppga 46 prosent av bi/panfile kvinner og 44 prosent av bi/panfile menn at de har psykiske plager. Dette er over 20 prosentpoeng høyere enn blant heterofile kvinner og menn. Resultatene tyder på at bi/panfiles helse og livskvalitet påvirkes av flere forhold samtidig. Forebyggingsarbeidet bør derfor ha en helhetlig tilnærming med kombinerte tiltak rettet mot levevaner, levekår, sosiale forhold og barrierer som hindrer bi/panfiles muligheter for likeverdige helsetjenester.

Lesbiske kvinner og homofile menn kommer på flere områder bedre ut enn bi/panfile, men bildet er sammensatt. På noen indikatorer skårer lesbiske kvinner og homofile menn omtrent likt som heterofile, mens det på andre områder er tydelige forskjeller. For eksempel rapporterer lesbiske kvinner oftere om aktivitetsbegrensninger, men også høyere sosial støtte enn heterofile kvinner. Blant homofile menn ser vi blant annet høyere forekomst av lav livstilfredshet og ensomhet enn heterofile menn, mens det ikke er forskjeller mellom lesbiske og heterofile kvinner på disse områdene. Dette viser at erfaringene blant lhb+-personer varierer betydelig, og at seksuell orientering bør analyseres mer nyansert enn kun som en samlet lhb+-gruppe.

9.4 Aldersforskjeller

Helse, livskvalitet og levekår er gjennomgående dårligere blant unge lhb+-personer enn blant jevnaldrende som ikke er lhb+. I de eldre aldersgruppene finner vi derimot ingen slike forskjeller. Vi ser også at situasjonen bedrer seg med alderen: Unge voksne lhb+-personer har større helse- og levekårsutfordringer enn eldre lhb+-personer. Dette kan tyde på at utfordringene er mest uttalte blant unge voksne i denne undersøkelsen.

Blant ikke-lhb+-personer synker den egenvurderte helsen og funksjonsnivået med alderen. Blant lhb+-personer finner vi derimot små forskjeller mellom aldersgruppene. Dette er et interessant funn, fordi helseplager og sykdom vanligvis øker med alderen, noe som ofte gir lavere egenvurdert helse og lavere funksjonsnivå (38). Helse omfatter både fysiske, psykiske og sosiale forhold (33). En mulig forklaring på våre funn er at unge lhb+-personer i større grad opplever belastninger som psykiske plager, langvarige søvnproblemer og ensomhet. Dette kan påvirke hvordan de vurderer egen helse og fungering i hverdagen. Samtidig kan funnene også ses i lys av at unge voksne generelt er i en livsfase preget av etablering i utdanning, arbeid, bolig og sosiale relasjoner (71). For unge lhb+-personer kan slike generelle livsfaseutfordringer komme i tillegg til særskilte belastninger knyttet til åpenhet, tilhørighet og minoritetsstress (7,73).

9.5 Forskjeller etter utdanning

Utdanning har sammenheng med helse og livskvalitet blant lhb+-personer i Oslo. Personer med høyere utdanning oppgir oftere god egenvurdert helse enn de med lavere utdanning. De

rapporterer også om færre psykiske plager, færre langvarige søvnproblemer og bedre livstilfredshet.

I tillegg er flere i arbeid i gruppen med høyere utdanning, og færre opplever en vanskelig økonomisk situasjon. Vi finner også tydelige sammenhenger mellom utdanning og sosiale forhold, som ensomhet, sosial støtte og tillit til andre.

Resultatene våre tyder på at utdanning ikke bare henger sammen med helse og økonomi, men også med psykososiale forhold som er viktige for helse og livskvalitet blant lhb+-personer. Dette kan forstås som uttrykk for en sosial gradient også innad i lhb+-gruppen. Høyere utdanning kan henge sammen med flere ressurser, som arbeid, økonomisk trygghet, helsekompetanse og sosiale nettverk. Samtidig kan vi ikke fastslå om utdanning påvirker helse og levekår, eller om helse og levekår påvirker mulighet til å fullføre utdanning (74). Resultatene bør derfor tolkes som sammenhenger, ikke som sikre årsaksforklaringer.

9.6 Forskjeller etter sivilstatus

Våre funn viser at lhb+-personer som er gift, har samboere eller registrert med partner gjennomgående bedre egenvurdert helse, færre helseutfordringer og høyere livstilfredshet enn de som er enslig eller enke / enkemenn. I denne gruppen er det også færre som opplever ensomhet og økonomiske eller materielle levekårsutfordringer.

Forskjellene i helse og livskvalitet etter sivilstatus kan henge sammen med flere forhold. Det kan dreie seg om tilgang til nære relasjoner, sosial støtte og praktisk eller økonomisk støtte i hverdagen. Samtidig kan sammenhengen gå begge veier: God helse og stabile levekår kan også gjøre det lettere å etablere og opprettholde et parforhold (75).

Vi finner også tydelige forskjeller mellom lhb+- og ikke-lhb+-personer som oppgir å ha kjæreste. Lhb+-personer med kjæreste kommer dårligere ut på de fleste indikatorene enn ikke-lhb+-personer i samme situasjon. Dette kan tyde på at det å ha en kjæreste ikke nødvendigvis gir samme beskyttelse som det å være gift, samboer eller registrert partner. En kjæresterelasjon innebærer ikke alltid felles husholdning, delt økonomi eller daglig sosial støtte. Samtidig kan sammenhengene gå begge veier: helse, økonomi og livssituasjon kan også påvirke muligheten til å etablere mer stabile samlivsformer (75).

9.7 Forskjeller etter innvandrerbakgrunn

Våre funn viser små forskjeller i helse og livskvalitet mellom lhb+-personer med og uten innvandrerbakgrunn. Dette samsvarer med det som er funnet blant innvandrere generelt (76). Samtidig kunne man, ut fra tidligere forskning, forventet større forskjeller fordi det å tilhøre flere minoritetsgrupper ofte kan gi økt belastning (17).

En mulig forklaring er seleksjon i hvem som har svart på undersøkelsen. Utvalget kan ha en overrepresentasjon av innvandrere med god helse, gode norskferdigheter og sterkere ressurser enn andre innvandrere og personer uten innvandrerbakgrunn. Resultatene kan også være

påvirket av språklige og kulturelle forskjeller i hvordan spørsmålene forstås og besvares. Funnene bør derfor tolkes med varsomhet.

Samtidig finner vi noen forskjeller, særlig når det gjelder bruk av helsetjenester og psykososiale forhold som ensomhet, sosial støtte og tillit til andre. Det er også forskjeller i økonomiske og materielle levekår. Forskjellene er størst mellom lhb+-personer født i Norge og de fra landgruppe 2.

Det kan tyde på at levekår og sosiale forhold varierer mer enn selve helseutfallene. For eksempel kan barrierer som språk, kjennskap til tjenester, diskriminering eller svakere sosiale nettverk påvirke både bruk av helsetjenester (77) og opplevelse av støtte og tilhørighet (78). Samtidig kan familiebakgrunn, migrasjonserfaringer, normer knyttet til kjønn og seksualitet, og opplevelse av tilhørighet både i egne nettverk og i skeive fellesskap spille en rolle (15). Slike forhold kan bidra til økt ensomhet og lavere tillit, selv om helseforskjellene er små.

Det er også viktig å understreke at innvandrere er en sammensatt gruppe (76). Brede landsgrupper kan skjule viktige forskjeller etter blant annet botid, språkferdigheter, utdanning, økonomi, migrasjonserfaringer og grad av åpenhet om seksuell orientering.

9.8 Forskjeller på tvers av bydeler

I hovedrapporten fra Folkehelseundersøkelsen i Oslo ble det funnet et tydelig øst-vest skille helse og livskvalitet i den generelle befolkningen i Oslo (24). Dette skillet er mindre tydelig blant lhb+-personer.

Faktorer som er viktige for helse og livskvalitet blant lhb+-personer – som udekket behov for psykiske helsetjenester, ensomhet og utenforskap – ser ut til å være jevnt fordelt mellom bydelene. Dette kan tyde på at slike belastninger i mindre grad følger geografiske skiller, og i større grad henger sammen med erfaringer knyttet til det å være lhb+.

Samtidig finner vi, som for innvandrerbakgrunn, at byområder henger sammen med sosiale og økonomiske levekår. I ytre by øst er det flere som har lav sosial støtte og lav tillit til andre, sammenlignet med ytre by vest. Det er også flere som står utenfor arbeid og har en vanskelig økonomisk situasjon.

At forskjellene er størst i ytre by øst, kan delvis forklares med befolkningssammensetningen. Denne delen av byen har en større andel innbyggere fra landgruppe 2 enn andre bydeler. Det betyr at forskjellene vi ser etter byområder, også kan reflektere forskjeller vi finner etter innvandrerbakgrunn.

Samlet sett kan funnene tyde på at byområder har betydning for økonomiske og sosiale levekår blant lhb+-personer, men at sentrale forhold for helse og livskvalitet – som ensomhet og opplevelse av utenforskap – i større grad er uavhengige av hvor i byen man bor.

9.9 Forskjeller etter funksjonshindring

Blant de sterkeste og tydeligste sammenhengene finner vi etter deltakernes funksjonsevne. Lhb+- og ikke-lhb+-personer med funksjonshindringer har gjennomgående dårligere helse og lavere livskvalitet, sammenlignet med de uten funksjonshindringer.

Dette er delvis forventet, fordi funksjonshindring i seg selv kan påvirke helse, hverdagsfungering og livskvalitet. Samtidig finner vi lavere helsekompetanse, høyere andeler med udekket behov for helsetjenester, mer ensomhet, lavere tillit til andre, lavere trygghet i nærmiljøet og større økonomiske vansker blant de med funksjonshindringer enn de uten. Dette tyder på at forskjellene ikke handler om funksjonsevne i seg selv, men også om sosiale og strukturelle barrierer som kan påvirke muligheten til å delta i samfunnet, bruke tjenester og utvikle og opprettholde en god helse.

For lhb+-personer med funksjonshindring kan barrierer knyttet til funksjonshindring komme i tillegg til ytre belastninger som stigma, diskriminering, minoritetsstress eller manglende tilgjengelighet i tjenester og fellesskap (17,18). Resultatene peker derfor på behovet for å se funksjonshindring, levekår og skeives helse i sammenheng.

9.10 Anbefalinger

Den reviderte folkehelseloven trådte i kraft 1. februar 2026. Loven gir stat, fylkeskommuner og kommuner ansvar for å fremme helse og livskvalitet og for å utjevne helseforskjeller i befolkningen. Den skal bidra til like muligheter for alle, blant annet gjennom gode oppvekstsvilkår for barn og unge, forebygging av sykdom og skader, og ved å fremme fellesskap, trygghet, inkludering og gode nærmiljøer. For å redusere helseforskjeller legger loven vekt på tiltak som påvirker faktorer som direkte eller indirekte virker inn på helse og livskvalitet.

Undersøkelsen viser at mange lhb+-personer i Oslo har god helse og høy livskvalitet. Samtidig finner vi store forskjeller, og at helse- og levekårsutfordringer samler seg i enkelte grupper. Dette viser at kunnskap om lhb+-personers helse og levekår bør inngå i kommunens brede folkehelsearbeid, og ses i sammenheng med arbeid mot sosial ulikhet, utenforskap og levekårsutfordringer.

For å nå målene i folkehelsearbeidet, anbefaler Helseetaten:

- Å prioritere målrettede og kombinerte tiltak der man ser helse, sosiale forhold og levekår i sammenheng. Tiltakene bør treffe både lhb+-personer og andre utsatte grupper, som for eksempel unge voksne, enslige og personer med funksjonshindring.
- Å styrke strukturelle tiltak som kan forebygge diskriminering, utenforskap og barrierer i møte med tjenester, arbeidsliv og lokalsamfunn. Tiltakene bør ha som mål å bidra til bedre levekår, økt helsekompetanse, økt tillit og mer likeverdig tilgang til helsetjenester blant lhb+-personer og andre utsatte grupper.

- Å styrke holdningsskapende arbeid om kjønns- og seksualitetsmangfold i ulike deler av befolkningen, inkludert i minoritetsmiljøer, og samtidig bidra til at skeive møteplasser og fellesskap oppleves inkluderende for personer med ulik bakgrunn.
- Å styrke arbeidet med sosial støtte, fellesskap, trygge møteplasser og gode nærmiljøer som del av det brede folkehelsearbeidet, særlig for grupper som i større grad opplever ensomhet, lav tillitt og lavere livskvalitet. Dette krever samarbeid på tvers av kommunen, sivilsamfunnet, arbeidslivet og lokalsamfunnene.
- Å videreutvikle helse- og omsorgstjenester som er tilgjengelige, inkluderende og tilpasset mangfoldet i befolkningen, slik at flere får riktig og tilpasset hjelp på et tidlig tidspunkt og udekket behov for helsetjenester reduseres.
- Å sikre at tiltak utvikles i dialog med aktuelle frivillige og ideelle organisasjoner, fagmiljøer og berørte grupper, og bygger på erfaringene til dem det gjelder. Involvering bør starte tidlig i prosessen, og trekke inn representanter med kompetanse på innbyggergrupper med særskilte utfordringer i samarbeidet, f.eks. skeive med innvandrerbakgrunn, funksjonshindringer og andre sammensatte levekårsutfordringer.
- Å styrke kompetansen om lhb+-tematikk, minoritetsstress, normbevissthet¹³ og inkluderende praksis i helse- og omsorgstjenestene.
- Å styrke kunnskapsgrunnlaget gjennom jevnlig kartlegginger og tidsserier, som for eksempel folkehelseundersøkelser, og sørge for bedre data om særlig utsatte grupper der det i dag finnes få kilder til statistikk og analyse.
- Å prioritere forskning og evaluering som undersøker hvilke tiltak som virker, hvem tiltakene når, og hva de krever av ressurser.

¹³ Normbevissthet handler her om å være bevisst på hvordan normer og antakelser om kjønn, seksualitet, familie og samliv kan påvirke tjenesteutøvelse, kommunikasjon og opplevelse av trygghet i møte med tjenestene. Se [Lhbt+-ordlista | Bufdir](#)

Referanser

1. Bufdir. Hvor mange er lhbt+? [Internett]. u.d. Tilgjengelig fra: <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/LHBT/hvor-mange/>
2. Engvik M. Dårligere levekår blant ikke-heterofile [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/darligere-levekar-blant-ikke-heterofile>
3. Arnesen HS. Ikke-heterofiles livskvalitet i bygd og by [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/statistikk/livskvalitet/artikler-om-livskvalitet/ikke-heterofiles-livskvalitet-i-bygd-og-by>
4. Anderssen N, Eggebø H, Stubberud E, Holmelid Ø. Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020. Bergen: Universitet i Bergen; 2021.
5. Bufdir. Holdninger til lhbt+-personer [Internett]. u.d. Tilgjengelig fra: <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/LHBT/holdninger/>
6. Lovdata. Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven) [Internett]. LOV-2024-06-14-33. 1. januar 2018. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>
7. Eggebø H, Stubberud E, Anderssen N. Skeive livsløp: En kvalitativ studie av levekår og sammensatte identiteter blant lhbtis-personer i Norge. Bodø: Nordlandsforskning; 2019. Rapport nr. 6/2019
8. Løvgren M, Frøyland LR, Jacobsen SE, Høgestøl A, Kotsadam A, Bjørnebekk OL. Nasjonal Trygghetsundersøkelse 2024 [Internett]. Oslo: OsloMet - Storbyuniversitetet; 2025. Tilgjengelig fra: <https://nva.sikt.no/registration/019a25feea13-5bbf0a41-d47c-4ea8-acf7-f295aa2fba62>
9. Løvgren M, Skjervheim Ø, Høgestøl A, Kotsadam A, Bjørnshagen V, Hyggen C, mfl. Nasjonal Trygghetsundersøkelse 2022. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA; 2023. Rapport nr. 14/2023
10. Stensland SØ, Glad KA. The Oslo Pride Terror Study: you don't always know what you need. Tidsskr Den Nor Legeforening. 2025;145.
11. VG. Regnbueflagg rives ned landet rundt: – Dystopisk [Internett]. 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.vg.no/nyheter/i/BOaMaQ/regnbueflagg-rives-ned-landet-rundt-kjendiser-og-politi-reagerer>
12. Human Rights Research Center. LGBTQ+ rights in 2025: Progress and pushback [Internett]. 2025. [Oppdatert 14.08.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.humanrightsresearch.org/post/lgbtq-rights-in-2025-progress-and-pushback>

13. Gram KH. 1 av 3 skeive lite tilfreds med egen psykisk helse. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-skeive-lite-tilfreds-med-egen-psykisk-helse>
14. Gorczynski P Paul, Fasoli P Fabio. Loneliness in sexual minority and heterosexual individuals: A comparative meta-analysis. *J Gay Lesbian Ment Health*. 2022;26(2):112–29.
15. Eggebø H, Karlstrøm H, Stubberud E. Diskriminering og sosial ekskludering av skeive med innvandrerbakgrunn. *Tidsskr Kjønnsforskning*. 2020;44(2):132–51.
16. Hasselt M, Spierings N, Glas S. Where allies matter most: How urbanization, formal and informal support shape experienced acceptance of different LGBTQ+ subcommunities. *Sex Res Soc Policy*. 2026;23(1):509–23.
17. Mink MD, Lindley LL, Weinstein AA. Stress, stigma, and sexual minority status: The intersectional ecology model of LGBTQ health. *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2014;26(4):502–21.
18. Hoy-Ellis CP. Minority stress and mental health: A review of the literature. *J Homosex*. 2023;70(5):806–30.
19. Helseetaten. Oslohelse 2023. Oslo: Oslo kommune; 2023. Tilgjengelig fra: [3ef9acf1518a34035cbc6cde9c478f580c396a037c16dc093a09943ef440618e](https://www.oslo.kommune.no/folkehelse-og-miljorettet-helsevern/folkehelseundersokelsen-i-oslo-2024/#:~:text=I%20november%2Fdesember%202024%20gjennomf%C3%B8rte%20Oslo%20kommune%20en%20sp%C3%B8rreunders%C3%B8kelse,ulike%20formater.%20Les%20nyhetssak%20p%C3%A5%20Oslo%20kommuners%20nettsider)
20. Eggebø H, Almli M, Bye MT. Skeiv på bygda. Oslo: Likestillingscenteret KUN; 2015. Rapport nr. 2015/2
21. Wimarck T, Östh J. The city as a single gay male magnet? Gay and lesbian geographical concentration in Sweden. *Popul Space Place*. 2014;20(8):739–52.
22. Wimarck T. Migration motives of gay men in the new acceptance era: a cohort study from Malmö, Sweden. *Soc Cult Geogr*. 2016;17(5):605–22.
23. Cushman & Wakefield. Inclusive cities barometer [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.cushmanwakefield.com/en/insights/inclusive-cities-barometer>
24. Vedaø Ø, Knapstad M, Nilsen TS, Aarø LE, Nes RB, Nguyen TT, mfl. Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024: fremgangsmåte og utvalgte resultater. Bergen: Folkehelseinstituttet; 2025.
25. Oslo kommune. Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 [Internett]. u.d. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/folkehelse-og-miljorettet-helsevern/folkehelseundersokelsen-i-oslo-2024/#:~:text=I%20november%2Fdesember%202024%20gjennomf%C3%B8rte%20Oslo%20kommune%20en%20sp%C3%B8rreunders%C3%B8kelse,ulike%20formater.%20Les%20nyhetssak%20p%C3%A5%20Oslo%20kommuners%20nettsider>.
26. Oslo kommune. Geografiske inndelinger [Internett]. u.d. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/statistikk/geografiske-inndelinger/>

27. Park C, Majeed A, Gill H, Tamura J, Ho RC, Mansur RB, mfl. The effect of loneliness on distinct health outcomes: a comprehensive review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2020;294:113514.
28. Wang F, Gao Y, Han Z, Yu Y, Long Z, Jiang X, mfl. A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness, and mortality. *Nat Hum Behav.* 2023;7(8):1307–19.
29. Nilsen TS, Knapstad M, Skogen JC, Aarø LE, Vedaa Ø. Non-response bias in the Norwegian Counties Public Health Survey: insights from linkage to register data. *Scand J Public Health.* 2025;14034948251360674.
30. Scott H, Lechat B, Sansom K, Pinilla L, Manners J, Phillips AJ, mfl. Variations in sleep duration and timing: weekday and seasonal variations in sleep are common in an analysis of 73 million nights from an objective sleep tracker. *Sleep.* 2025;48(9):zsaf099.
31. Øverland S, Woicik W, Sikora L, Whittaker K, Heli H, Skjelkvåle FS, mfl. Seasonality and symptoms of depression: a systematic review of the literature. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020;29:e31.
32. Dalen HB, Berglund F, Lillegård M. Kjønn, identitet og seksualitet i kvantitative spørreundersøkelser: veileder for spørsmål om seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika [Internett]. Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2021. Rapport no.: 2021/28. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekra/artikler/kjonn-identitet-og-seksualitet-i-kvantitative-sporreundersokelser/_/attachment/inline/86aeca7c-c6f5-4eee-a00a-8274c5261bb5:5c0f2c2442265393def722af81eca0530dba4539/NOT2021-28_web.pdf
33. Fugelli P, Ingstad B. Helse på norsk: God helse slik folk ser det. I. Oslo: Gyldendal Akademiske; 2014. s. 495.
34. Murray CJ, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, mfl. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The lancet.* 2020;396(10258):1223–49.
35. Hatzenbuehler ML, Lattanner MR, McKetta S, Pachankis JE. Structural stigma and LGBTQ+ health: a narrative review of quantitative studies. *Lancet Public Health.* 2024;9(2):e109–27.
36. Regjeringen. Nasjonal livskvalitetsstrategi: Fra måling til politikkutforming 2025–2030 [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/4451a262e1944ff1aaa4c949b6806ca7/no/pdf/s/nasjonal-livskvalitetsstrategi.pdf>
37. Lorem G, Cook S, Leon DA, Emaus N, Schirmer H. Self-reported health as a predictor of mortality: a cohort study of its relation to other health measurements and observation time. *Sci Rep.* 2020;10(1):4886.
38. Jylhä M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1998;53(3):S144–52.

39. Van Oyen H, Bogaert P, Yokota RT, Berger N. Measuring disability: a systematic review of the validity and reliability of the Global Activity Limitations Indicator (GALI). *Arch Public Health*. 2018;76(1):25.
40. Sivertsen B. Søvnvansker i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelserapporten/psykisk-helse/sovnvansker-folkehelserapporten/>
41. Benjafield AV, Kuniyoshi FHS, Malhotra A, Martin JL, Morin CM, Maurer LF, mfl. Estimation of the global prevalence and burden of insomnia: a systematic literature review-based analysis. *Sleep Med Rev*. 2025;82:102121.
42. Helsedirektoratet. Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd [Internett]. 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad>
43. Evje J, Nysæter MK, Ivanova A, Nygård S, Lock L, Fischer N. Skeives helsesøkende atferd: en kunnskapsoppsummering av behov, barrierer og erfaringer i møte med helsetjenesten [Internett]. Oslo: CENSE - Norsk forskningssenter for seksuell helse; 2025. Tilgjengelig fra: https://www.sv.uio.no/psi/forskning/prosjekter/kjonn-seksualitet-mangfold-lgbt%2B/rapport_helsesokende_atferd.pdf
44. Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30. 1. januar 2012.
45. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, mfl. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.
46. Le C, Finbråten HS, Pettersen KS, Joranger P, Guttersrud Ø. Befolkningens helsekompetanse, del I. *Int Health Lit Popul Surv*. 2019;2021.
47. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97–107.
48. Batterham RW, Hawkins M, Collins P, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*. 2016;132:3–12.
49. Van Tilburg TG, de Jong Gierveld J. The concepts and measurement of social isolation and loneliness. In: *Loneliness and social isolation in old age* [1st edition]. London: Routledge; 2023. s. 3–12.
50. Rico-Uribe LA, Caballero FF, Martín-María N, Cabello M, Ayuso-Mateos JL, Miret M. Association of loneliness with all-cause mortality: a meta-analysis. *PloS One*. 2018;13(1):e0190033.
51. American Psychological Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition. American Psychological Association; 2022.

52. Achterbergh L, Pitman A, Birken M, Pearce E, Sno H, Johnson S. The experience of loneliness among young people with depression: a qualitative meta-synthesis of the literature. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):415.
53. Uchino BN. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med*. 2006;29(4):377–87.
54. Strine TW, Kroenke K, Dhingra S, Balluz LS, Gonzalez O, Berry JT, mfl. The associations between depression, health-related quality of life, social support, life satisfaction, and disability in community-dwelling US adults. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197(1):61–4.
55. Maes M, Qualter P, Lodder GM, Mund M. How (not) to measure loneliness: a review of the eight most used scales. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10816.
56. Mund M, Maes M, Drewke PM, Gutzeit A, Jaki I, Qualter P. Would the real loneliness please stand up? the validity of loneliness scores and the reliability of single-item scores. *Assessment*. 2023;30(4):1226–48.
57. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav*. 2011;52(2):145–61.
58. Doyle D, Qualter P, Victor C, Barreto M. The impact of country-level structural stigma on loneliness and social capital in older and younger LGB individuals in 113 countries. *Eur J Public Health*. 2022;32.
59. Lattanner MR, McKetta S, Pachankis JE, Hatzenbuehler ML. State of the science of structural stigma and LGBTQ+ health: meta-analytic evidence, research gaps, and future directions. *Annu Rev Public Health*. 2025;46(1):213–31.
60. Barstad A. Levekår og livskvalitet: Vitenskapen om hvordan vi har det. Cappelen Damm Akademisk; 2014.
61. Meld. St. 13 2018-2019 (2019). Muligheter for alle. Fordeling og sosial bærekraft [Internett]. Oslo: Finansdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/472d31ff815d4ce7909f5593bf7d79b8/no/pdfs/stm201820190013000dddpdfs.pdf>
62. Gerdes R, Jackson TD, Roberts R, Lytvyak E, Deibert D, Dennett L, mfl. Associations between employment and health outcomes: a systematic review of reviews. *J Occup Rehabil*. 2026;1–22.
63. Nordberg T, Tøllerås K, Seglem K, Drange I, Massey D, Enehaug H, mfl. Arbeidsmiljø og arbeidshelse–en forenklet kunnskapsoversikt. Oslo: Oslo-Met – Arbeidsforskningsinstituttet; 2023. Rapport nr. 2023:18
64. Peckham T, Fujishiro K, Hajat A, Flaherty BP, Seixas N. Evaluating employment quality as a determinant of health in a changing labor market. *RSF Russell Sage Found J Soc Sci*. 2019;5(4):258–81.

65. De Witte H, Pienaar J, De Cuyper N. Review of 30 years of longitudinal studies on the association between job insecurity, health, and well-being: is there causal evidence? *Aust Psychol.* 2016;51(1):18–31.
66. Bakke B, Degerud E, Gravseth H, Hanvold T, Løvseth E, Mjaaland B, mfl. Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021. Status og utviklingstrekk. Oslo: Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI); 2021. STAMI-rapport, 22(4): 257. Tilgjengelig fra: <https://stami.no/publikasjon/faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse-2021-status-og-utviklingstrekk/>
67. Smith JP. Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status. *J Econ Perspect.* 1999;13(2):145–66.
68. Guan N, Guariglia A, Moore P, Xu F, Al-Janabi H. Financial stress and depression in adults: a systematic review. *PloS One.* 2022;17(2):e0264041.
69. Larkin J, Foley L, Smith SM, Harrington P, Clyne B. The experience of financial burden for people with multimorbidity: a systematic review of qualitative research. *Health Expect.* 2021;24(2):282–95.
70. Poppe C, Kempson E. Dyretid 4: Det er ikke over ennå. Husholdenes økonomiske trygghet i August 2023. Oslo: Oslo-Met - Storbyuniversitet; 2023. Tilgjengelig fra: <https://storage02.forbrukerradet.no/media/2023/09/rapport-dyretid-4-final.pdf>
71. Folkehelseinstituttet. Folkehelserapportens temautgave 2021: folkehelsen etter covid-19 [Internett]. 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelserapporten-temautgave-2021/om-rapporten/om-folkehelserapportens-temautgave-2021/>
72. Andersen, Eggebø, Stubberud. Skeive levekår. Bodø: Nordlandsforskning; 2019. Rapport nr.: 6/2019.
73. Wagaman MA, Keller MF, Cavaliere SJ. What does it mean to be a successful adult? exploring perceptions of the transition into adulthood among LGBTQ emerging adults in a community-based service context. *J Gay Lesbian Soc Serv.* 2016;28(2):140–58.
74. Ross CE, Wu CL. The links between education and health. *Am Sociol Rev.* 1995;719–45.
75. Wyke S, Ford G. Competing explanations for associations between marital status and health. *Soc Sci Med.* 1992;34(5):523–32.
76. Straiton ML, Nilsen TS. Helse og livskvalitet blant innvandrere som har deltatt i Fylkehelseundersøkelser 2020-2022 [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/25d8382be3b1442aac0c4ac386a1f36b/helse-og-livskvalitet-innvandrere-des2025.pdf>
77. Lebano A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salmerón A, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, mfl. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1039.

78. Jafari Z, Habibnezhad M, Hotkani MM, Balkam E, MacDonell KC, Hickey E. Mental health, perceived social support, and sense of belonging among immigrants. *Plos One*. 2026;21(2):e0343075.

Vedlegg 1. Forklaring av statistiske begreper og analyser

9.11 Vekting

Folkehelseundersøkelsen i Oslo samler inn data fra et utvalg av Oslos befolkning. Utvalget er tilfeldig trukket på delbydelsnivå. I tillegg ble det trukket ekstra utvalg i noen utvalgte grupper. I tillegg til skjevheter i utvalgstrekking, er det også skjevheter i hvem som svarer på undersøkelsen. Grupper som kvinner, middelaldrende voksne og personer med høyere utdanning svarer i større grad enn andre. På grunn av skjevheter i utvalg og deltakelse, og for at våre resultater skal gjenspeile Oslos befolkning, har vi i analysene brukt vekter som skal korrigere for skjevheter i utvalg og deltakelse.

9.12 Konfidensintervaller og statistisk signifikans

Det vi presenterer i rapporten er estimater og ikke hvordan situasjonen faktisk er i Oslo. Slike estimater er gjenstand for statistisk variasjon. I vår rapport er variasjonen synliggjort av 95 prosent konfidensintervaller.

For eksempel hadde 59 prosent av lhb+-personer god egenvurdert helse, med et 95 prosent konfidensintervall mellom 57 prosent og 62 prosent. Vi kan dermed si 95 prosent sikkerhet at den sanne verdien i populasjonen vil ligge mellom disse to verdiene.

Konfidensintervaller sier noe om feilmarginen i estimatene. Et smalt konfidensintervall indikerer liten statistisk variasjon i estimatene, mens et bredt indikerer stor variasjon. Konfidensintervallet blir i hovedsak påvirket av størrelsen på utvalget. Jo større utvalget er, desto smalere blir konfidensintervallet, som igjen gjør at vi kan bedre stole på våre resultater.

Statistisk signifikans er et annet statistikkuttrykk vi bruker. I denne rapporten gjør vi ingen konkrete signifikanstester (f.eks. chi-kvadrat test), men vi uttrykker statistisk signifikans via 95 prosent konfidensintervaller. Når to konfidensintervaller ikke overlapper hverandre, betyr det at estimatene er signifikant forskjellig fra hverandre. Når to konfidensintervaller overlapper, er forskjellene ikke statistisk signifikant.

9.13 Justering

Justering i statistiske analyser betyr at man tar hensyn til forhold som kan påvirke resultatene. Dette kan være forhold som alder, kjønn og utdanning.

Justering i beregning av prosentandeler, forsøker man å korrigere for slike forskjeller i gruppesammensetning, for å gjøre gruppene likere og mer sammenlignbare. Prosentandelene reflekterer da: Hva ville forskjellen vært dersom gruppene hadde vært likt sammensatt (med tanke på alder, kjønn og så videre)?

Ved justering i analyser på sammenhenger, forsøker med å skille effekten av det man undersøker, fra effekten av andre ting som varierer mellom grupper. Målet er å isolere sammenhengene, og øke påliteligheten på at sammenhengene er reelle.

I sum er resultatene fra justerte analyser mer pålitelig og enklere å tolke, sammenlignet med analyser uten justering.

9.14 Regresjonsanalyser

En regresjonsanalyse er statistisk metode som brukes for å finne ut om det er en sammenheng mellom et forhold vi er interessert i, og et helseutfall eller et annet resultat. Den viser hvordan utfallet vanligvis endrer seg når det aktuelle forholdet endrer seg, samtidig som at man tar hensyn til flere andre mulige faktorer som kan påvirke (for eksempel alder, kjønn og utdanning). Regresjonsanalyser brukes for å sammenligne grupper eller for å undersøke hvilke faktorer som henger sammen med helse eller andre utfall. Metoden gir et mer presist bilde av forskjeller og sammenhenger, enn enkle sammenligninger alene.

10 Vedlegg 2. Beskrivelse av utvalget, etter kjønn og seksuell orientering

Tabell 10-1. Beskrivelse av utvalget blant kvinner, etter seksuell orientering. Oslo. 2024. Antall og andeler (vektede).

	Antall (%)		
	Heterofil	Lesbisk	Bi/panfil
	(n = 10 759)	(n = 270)	(n = 624)
Aldersgruppe			
18–39 år	4 299 (44 %)	140 (55 %)	501 (83 %)
40–59 år	3 650 (31 %)	90 (30 %)	110 (15 %)
60 år og eldre	2 810 (25 %)	40 (15 %)	13 (2 %)
Bydel			
Indre Oslo øst	2 312 (25 %)	101 (42 %)	230 (37 %)
Indre Oslo vest	1 558 (17 %)	39 (15 %)	112 (18 %)
Ytre Oslo vest	2 129 (20 %)	36 (15 %)	75 (15 %)
Ytre Oslo øst	2 843 (19 %)	69 (17 %)	140 (16 %)
Ytre Oslo sør	1 917 (19 %)	25 (10 %)	67 (13 %)
Høyere utdanning			
Nei	2 434 (21 %)	63 (23 %)	171 (28 %)
Ja	8 315 (79 %)	207 (77 %)	452 (72 %)
Sivilstatus			
Gift eller har samboer	6 301 (58 %)	157 (59 %)	280 (44 %)
Har kjæreste	824 (8 %)	34 (13 %)	101 (17 %)
Annen	3 614 (34 %)	79 (28 %)	243 (39 %)
Innvandrerbakgrunn			
Norge	8 161 (75 %)	204 (76 %)	477 (74 %)
Landgruppe 1	752 (7 %)	22 (8 %)	44 (9 %)
Landgruppe 2	1 819 (18 %)	44 (16 %)	92 (17 %)

Tabell 10-1 Fortsetter.

Funksjonshindret			
Nei	9 581 (89 %)	215 (80 %)	488 (78 %)
Ja	1 167 (11 %)	55 (20 %)	135 (22 %)

Fotnote. Kategorien «Annen seksuell orientering» er tatt ut på grunn av at antallet er for lite for egne analyser.

Tabell 10-2. Beskrivelse av utvalget blant menn, etter seksuell orientering. Oslo. 2024. Antall og andeler (vektede).

	Antall (%)		
	Heterofil	Homofil	Bi/panfil
	(n = 8 359)	(n = 545)	(n = 237)
Aldersgruppe			
18–39 år	2 939 (44 %)	250 (50 %)	159 (77 %)
40–59 år	3 063 (34 %)	200 (35 %)	54 (17 %)
60 år og eldre	2 357 (21 %)	95 (15 %)	24 (6 %)
Byområde			
Indre Oslo øst	1 746 (25 %)	217 (42 %)	67 (31 %)
Indre Oslo vest	1 036 (14 %)	116 (25 %)	42 (18 %)
Ytre Oslo vest	1 762 (21 %)	52 (10 %)	37 (17 %)
Ytre Oslo øst	2 302 (20 %)	124 (16 %)	61 (17 %)
Ytre Oslo sør	1 513 (20 %)	36 (7 %)	30 (17 %)
Høyere utdanning			
Nei	2 607 (30 %)	149 (28 %)	93 (42 %)
Ja	5 735 (70 %)	396 (72 %)	143 (58 %)
Sivilstatus			
Gift eller har samboer	5 455 (63 %)	255 (45 %)	112 (42 %)
Har kjæreste	255 (9 %)	46 (10 %)	32 (16 %)
Annen	112 (29 %)	244 (45 %)	92 (42 %)
Innvandrerbakgrunn			
Norge	5 961 (70 %)	385 (67 %)	150 (60 %)
Landgruppe 1	678 (8 %)	56 (11 %)	20 (10 %)
Landgruppe 2	1 689 (22 %)	104 (22 %)	67 (30 %)

Tabell 10-2 Fortsetter.

Funksjonshindret			
Nei	7 563 (91 %)	482 (87 %)	195 (84 %)
Ja	785 (9 %)	62 (13 %)	42 (16 %)

Fotnote. Kategorien «Annen seksuell orientering» er tatt ut på grunn av at antallet er for lite for egne analyser.

11 Vedlegg 3. Resultater fra analyser i Kapittel 4–8

Tabell 11-1. Andel med god egenvurdert helse blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Vektete og aldersjusterte tall.

Kjennetegn	Lhb+ (n = 1 752)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	59	57-62	72	71-73	-13
Aldersgrupper [#]					
18-29 år	59	54-64	77	75-78	-18
30-39 år	60	55-65	77	75-78	-17
40-49 år	64	57-71	70	68-72	-6
50-59 år	69	62-76	70	68-71	-1
60 år og eldre	61	53-69	66	64-67	-5
Høyere utdanning					
Nei	52	47-57	59	58-61	-7
Ja	65	62-69	76	75-77	-11
Sivilstatus					
Gift / samboer	70	66-73	77	76-77	-7
Kjæreste	57	49-65	72	69-74	-15
Annet	54	49-58	63	62-65	-9
Bydel					
Indre by øst	63	59-68	72	71-74	-9
Indre by vest	58	52-65	76	74-78	-18
Ytre by vest	63	56-70	78	76-79	-15
Ytre by øst	59	53-65	64	63-66	-5
Ytre by sør	61	53-69	69	67-71	-8
Fødeland					
Norge	63	60-66	75	74-76	-12
Landgruppe 1	64	58-73	73	70-75	-9
Landgruppe 2	54	48-60	60	58-62	-6
Funksjonshindring					
Nei	68	65-71	76	75-77	-8
Ja	29	23-35	35	32-37	-6

Fotnote: KI: konfidensintervall; Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia; Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslig og enke/enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-2. Andel med store aktivitetsbegrensninger blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Vektete og aldersjusterte tall.

Kjennetegn	Lhb+ (n = 1 752)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	17	15-19	11	10-11	6
Aldersgrupper [#]					
18-29 år	15	12-18	7	6-8	8
30-39 år	18	14-22	9	8-10	9
40-49 år	14	9-19	11	10-13	3
50-59 år	16	10-22	14	13-16	2
60 år og eldre	18	12-24	13	12-14	5
Høyere utdanning					
Nei	21	17-25	16	15-17	5
Ja	14	12-16	9	8-9	5
Sivilstatus					
Gift / samboer	12	10-15	8	8-9	4
Kjæreste	19	13-25	11	9-12	8
Annet	19	15-22	16	14-17	3
Bydel					
Indre by øst	13	10-17	11	10-12	2
Indre by vest	18	12-23	10	9-11	8
Ytre by vest	14	9-19	7	6-8	7
Ytre by øst	17	12-21	14	12-15	3
Ytre by sør	24	17-30	12	11-13	12
Fødeland					
Norge	16	14-19	9	9-10	7
Landgruppe 1	17	11-24	9	8-11	8
Landgruppe 2	14	10-19	16	15-17	-2
Funksjonshindring					
Nei	11	9-13	7	7-8	4
Ja	41	35-47	41	39-44	0

Fotnote: KI: konfidensintervall; Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia; Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslig og enke/enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-3. Andel med psykiske plager blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Vektete og aldersjusterte tall.

Kjennetegn	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	39	36–41	24	23–24	15
Aldersgrupper [#]					
18–29 år	58	53–62	34	32–36	24
30–39 år	43	38–49	28	27–30	15
40–49 år	32	25–38	25	24–27	7
50–59 år	23	17–30	18	17–19	5
60 år og eldre	12	7–18	10	9–11	2
Høyere utdanning					
Nei	52	47–57	29	27–30	23
Ja	39	36–42	21	20–22	18
Sivilstatus					
Gift / samboer	35	31–39	19	19–20	16
Kjæreste	52	45–60	25	23–28	27
Annet	49	45–54	31	30–33	18
Bydel					
Indre by øst	42	38–46	24	23–26	18
Indre by vest	46	39–52	23	21–25	23
Ytre by vest	41	34–48	20	18–21	21
Ytre by øst	42	36–48	26	24–27	16
Ytre by sør	44	36–52	23	22–25	21
Fødeland					
Norge	41	38–44	20	19–21	21
Landgruppe 1	48	41–56	26	23–28	22
Landgruppe 2	47	41–54	33	31–35	14
Funksjonshindring					
Nei	36	33–39	19	19–20	17
Ja	74	69–79	58	56–61	16

Fotnote: KI: konfidensintervall; Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia; Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-4. Andel med langvarige søvnplager blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Vektete og aldersjusterte tall.

Kjennetegn	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	21	18-23	14	13-14	7
Aldersgrupper [#]					
18-29 år	24	20-28	13	12-14	11
30-39 år	22	17-26	14	13-15	8
40-49 år	19	13-24	15	14-16	4
50-59 år	18	12-24	16	15-17	2
60 år og eldre	12	7-17	12	11-12	0
Høyere utdanning					
Nei	28	23-32	17	16-18	11
Ja	18	15-21	13	12-13	5
Sivilstatus					
Gift / samboer	15	12-18	12	11-12	3
Kjæreste	27	20-35	15	13-17	12
Annet	26	22-29	17	16-19	9
Bydel					
Indre by øst	18	15-21	15	14-16	3
Indre by vest	22	17-28	13	12-15	9
Ytre by vest	20	14-26	12	11-13	8
Ytre by øst	22	18-27	15	14-16	7
Ytre by sør	26	19-34	14	12-15	12
Fødeland					
Norge	21	18-23	13	13-14	8
Landgruppe 1	22	15-29	14	12-16	8
Landgruppe 2	21	16-26	15	14-16	6
Funksjonshindring					
Nei	15	13-17	11	11-12	4
Ja	49	42-55	36	33-38	13

Fotnote: KI: konfidensintervall; Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia; Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-5. Andel som rapporterer lav livstilfredshet blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Vektete og aldersjusterte tall.

Kjennetegn	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	30	27-32	22	22-23	8
Aldersgrupper [#]					
18-29 år	34	29-38	24	22-26	10
30-39 år	31	26-36	24	22-25	7
40-49 år	30	24-36	26	24-27	4
50-59 år	25	18-32	21	20-23	4
60 år og eldre	22	15-29	17	16-18	5
Høyere utdanning					
Nei	41	36-46	31	29-32	10
Ja	26	23-29	19	18-20	7
Sivilstatus					
Gift / samboer	19	17-23	16	15-17	3
Kjæreste	32	24-39	22	20-24	10
Annet	42	38-47	35	33-36	7
Bydel					
Indre by øst	29	25-34	22	21-24	7
Indre by vest	37	30-44	21	19-23	16
Ytre by vest	23	17-30	18	17-20	5
Ytre by øst	32	27-38	26	25-28	6
Ytre by sør	30	23-38	23	21-24	7
Fødeland					
Norge	31	27-34	20	19-21	11
Landgruppe 1	31	24-38	24	22-26	7
Landgruppe 2	31	24-37	30	28-32	1
Funksjonshindring					
Nei	25	23-28	19	18-19	6
Ja	56	49-62	53	51-56	3

Fotnote: KI: konfidensintervall; Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia; Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-6. Andel med høy livstilfredshet blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Vektete og aldersjusterte tall.

Kjennetegn	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	37	35-40	44	43-45	-7
Aldersgrupper [#]					
18-29 år	26	22-30	37	35-39	-11
30-39 år	34	29-39	40	38-41	-6
40-49 år	35	29-42	40	39-42	-5
50-59 år	45	37-53	47	45-49	-2
60 år og eldre	52	44-60	57	56-59	-5
Høyere utdanning					
Nei	32	27-37	38	37-40	-6
Ja	35	32-38	47	46-47	-12
Sivilstatus					
Gift / samboer	43	39-47	51	50-52	-8
Kjæreste	33	26-40	46	43-49	-13
Annet	24	20-27	30	28-31	-6
Bydel					
Indre by øst	33	29-37	43	41-45	-10
Indre by vest	34	28-40	44	42-46	-10
Ytre by vest	37	30-43	51	49-52	-14
Ytre by øst	32	26-37	41	39-42	-9
Ytre by sør	37	29-46	43	42-45	-6
Fødeland					
Norge	35	32-38	46	45-47	-11
Landgruppe 1	34	27-41	40	38-43	-6
Landgruppe 2	29	24-35	40	38-42	-11
Funksjonshindring					
Nei	38	35-41	47	47-48	-9
Ja	13	9-17	18	16-19	-5

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-7. Faktorer som har sammenheng med ulike helse- og livskvalitetsmål, blant lhb+-personer. Vektet og fulljusterte modeller. Resultater presentert som odds ratio med tilhørende 95 % konfidensintervall.

Odds ratio (95 % Konfidensintervall)			
	God egenvurdert helse	Psykiske plager	Lav livstilfredshet
Alder			
18–39 år	Referanse	Referanse	Referanse
40–59 år	1 (0,8–1,3)	0,5 (0,4–0,7)	1,1 (0,8–1,5)
60 år og eldre	0,7 (0,5–1,1)	0,2 (0,1–0,3)	0,7 (0,4–1,1)
Kjønn			
Mann	Referanse	Referanse	Referanse
Kvinne	1,0 (0,7–1,3)	1,0 (0,8–1,3)	0,6 (0,5–0,8)
Høyere utdanning			
Nei	0,8 (0,6–1,0)	1,5 (1,1–2,1)	1,6 (1,2–2,1)
Ja	Referanse	Referanse	Referanse
Sivilstatus			
Gift / registrert partner	Referanse	Referanse	Referanse
Kjæreste	0,7 (0,5–1,1)	2,0 (1,3–2,9)	1,4 (0,9–2,2)
Enslig	0,5 (0,4–0,7)	1,8 (1,3–2,4)	2,5 (1,9–3,3)
Funksjonshindring			
Nei	Referanse	Referanse	Referanse
Ja	0,2 (0,2–0,3)	5,4 (3,8–7,6)	3,9 (2,8–5,5)
Bydel			
Indre by øst	1,0 (0,7–1,5)	1,2 (0,8–1,8)	1,7 (1,1–2,8)
Indre by vest	0,8 (0,5–1,3)	1,3 (0,8–2,1)	2,2 (1,4–3,7)
Ytre by vest	Referanse	Referanse	Referanse
Ytre by øst	1 (0,6–1,5)	0,9 (0,6–1,4)	1,6 (1,0–2,6)
Ytre by sør	1,2 (0,7–2,0)	1 (0,6–1,7)	1,3 (0,7–2,3)
Fødeland			
Norge	Referanse	Referanse	Referanse
Landgruppe 1	1,1 (0,6–1,4)	1 (0,7–1,6)	0,8 (0,5–1,3)
Landgruppe 2	0,8 (0,6–1,1)	1,4 (1,0–2,0)	0,9 (0,7–1,3)
Lhb+ gruppe			
Homofil / lesbisk	Referanse	Referanse	Referanse
Bi/panfil	0,7 (0,5–0,9)	1,9 (1,4–2,5)	1,4 (1,1–2,0)

Fotnote. Tall uthevet i fet skrift indikerer statistisk signifikante faktorer, ved at konfidensintervallet ikke overlapper 1-verdien; Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia; Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU,

Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn.

Tabell 11-8. Andel i kontakt med legetjenester siste året blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Vektete og aldersjusterte tall.

	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	81	79–83	77	76–78	4
Aldersgrupper [#]					
18–29 år	77	73–81	70	68–72	7
30–39 år	82	78–86	76	75–78	6
40–49 år	74	68–80	75	74–77	-1
50–59 år	81	75–87	79	78–81	2
60 år og eldre	82	75–89	85	84–86	-3
Høyere utdanning					
Nei	75	70–79	74	72–75	1
Ja	81	78–83	78	78–79	3
Sivilstatus					
Gift / samboer	79	76–83	78	76–78	1
Kjæreste	80	73–86	79	76–81	1
Annet	78	75–82	76	74–77	2
Bydel					
Indre by øst	80	77–84	79	77–80	1
Indre by vest	81	76–86	78	76–79	3
Ytre by vest	77	70–83	76	75–78	1
Ytre by øst	74	68–79	76	75–78	-2
Ytre by sør	81	74–87	77	75–78	4
Fødeland					
Norge	81	78–84	78	77–79	3
Landgruppe 1	82	76–88	78	76–80	4
Landgruppe 2	68	62–74	74	72–76	-6
Funksjonshindring					
Nei	78	75–80	76	76–77	2
Ja	85	80–89	84	82–86	1

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-9. Andel i kontakt med psykiske helsetjenester siste året blant lhb+- og ikke-lhb+- personer, etter ulike kjennetegn. Vektete og aldersjusterte tall.

	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	29	27-32	17	17-18	12
Aldersgrupper [#]					
18-29 år	41	36-45	22	20-23	19
30-39 år	35	30-40	23	22-25	12
40-49 år	27	21-33	19	17-20	8
50-59 år	17	11-23	14	13-16	3
60 år og eldre	9	5-14	7	6-8	2
Høyere utdanning					
Nei	33	28-39	17	15-18	16
Ja	31	28-34	17	16-18	14
Sivilstatus					
Gift / samboer	33	30-36	17	16-18	16
Kjæreste	34	27-31	19	17-21	15
Annet	26	20-32	15	14-17	11
Bydel					
Indre by øst	34	30-38	19	18-21	15
Indre by vest	32	26-38	19	17-21	13
Ytre by vest	31	24-38	14	13-16	17
Ytre by øst	24	19-29	16	15-17	8
Ytre by sør	36	28-44	16	15-17	20
Fødeland					
Norge	33	30-36	17	16-18	16
Landgruppe 1	34	27-41	19	17-21	15
Landgruppe 2	26	20-32	15	14-17	11
Funksjonshindring					
Nei	29	26-32	15	14-16	14
Ja	44	38-51	33	31-36	11

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-10. Andel med udekket behov for psykiske helsetjenester siste året blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Vektete og aldersjusterte tall.

	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	17	15–19	10	10–11	7
Aldersgrupper [#]					
18–29 år	28	23–32	16	15–18	12
30–39 år	21	16–25	12	11–13	9
40–49 år	12	8–16	10	9–11	2
50–59 år	8	4–12	7	6–8	1
60 år og eldre	6	2–10	4	3–4	2
Høyere utdanning					
Nei	21	16–25	12	11–13	9
Ja	19	16–22	9	9–10	10
Sivilstatus					
Gift / samboer	18	16–21	9	9–10	9
Kjæreste	26	18–31	11	10–13	15
Annet	21	15–27	12	11–14	9
Bydel					
Indre by øst	17	14–21	10	9–11	7
Indre by vest	20	15–26	10	9–12	10
Ytre by vest	21	15–28	9	7–10	12
Ytre by øst	23	18–28	11	10–12	12
Ytre by sør	19	12–25	10	9–11	9
Fødeland					
Norge	18	16–21	9	9–10	9
Landgruppe 1	24	18–31	11	10–13	13
Landgruppe 2	21	15–27	12	11–14	9
Funksjonshindring					
Nei	18	16–21	9	8–9	9
Ja	26	20–32	20	18–22	6

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-11. Andel som rapporterer kontakt med tannlegetjenester siste året blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Vektete og aldersjusterte tall.

	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	59	56-62	54	53-55	5
Aldersgrupper [#]					
18-29 år	47	42-51	46	44-49	1
30-39 år	53	48-58	45	43-47	8
40-49 år	57	51-64	49	48-51	8
50-59 år	73	66-80	60	58-61	13
60 år og eldre	71	63-78	71	70-73	0
Høyere utdanning					
Nei	45	40-50	50	48-51	-5
Ja	59	56-62	56	55-57	3
Sivilstatus					
Gift / samboer	52	48-56	55	54-56	-3
Kjæreste	59	51-67	54	51-57	5
Annet	56	52-60	54	53-56	2
Bydel					
Indre by øst	58	54-63	56	54-58	2
Indre by vest	58	51-64	55	53-57	3
Ytre by vest	51	43-58	56	54-58	-5
Ytre by øst	53	47-59	51	49-53	2
Ytre by sør	45	37-54	54	52-56	-9
Fødeland					
Norge	57	53-60	56	55-57	1
Landgruppe 1	57	50-64	51	49-54	6
Landgruppe 2	45	39-52	49	47-51	-4
Funksjonshindring					
Nei	56	53-59	55	54-55	1
Ja	47	40-53	53	50-56	-6

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-12. Andel som rapporterer udekket behov for tannlegetjenester siste året blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Vektete og aldersjusterte tall.

	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	12	10–14	8	8–9	4
Aldersgrupper [#]					
18–29 år	17	14–21	11	10–13	6
30–39 år	15	11–18	10	9–13	5
40–49 år	8	4–11	9	8–10	-1
50–59 år	6	3–10	7	6–8	-1
60 år og eldre	5	2–9	4	3–5	1
Høyere utdanning					
Nei	16	12–21	12	11–13	4
Ja	11	9–13	7	6–7	4
Sivilstatus					
Gift / samboer	11	8–13	7	6–7	4
Kjæreste	12	6–17	9	7–11	3
Annet	16	13–19	10	9–11	6
Bydel					
Indre by øst	12	9–15	8	7–9	4
Indre by vest	14	10–19	8	7–10	6
Ytre by vest	12	7–17	7	6–8	5
Ytre by øst	12	8–15	10	9–11	2
Ytre by sør	16	9–22	8	7–9	8
Fødeland					
Norge	12	9–14	7	7–8	5
Landgruppe 1	9	5–13	8	7–10	1
Landgruppe 2	21	15–27	13	11–14	8
Funksjonshindring					
Nei	11	9–13	7	7–8	4
Ja	23	18–29	18	16–20	5

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-13. Gjennomsnittsskåre på helsekompetanse blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall.

	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Gjennomsnitt	95% KI	Gjennomsnitt	95% KI	
Totalt	77,5	76,1–78,9	81,7	81,3–82,0	-4,2
Aldersgrupper [#]					
18–29 år	70,5	68,2–72,8	77,1	76,1–78,2	-6,6
30–39 år	73,2	70,4–75,9	79,2	78,4–80,1	-6,0
40–49 år	79,3	75,6–82,9	81,2	80,3–82,1	-1,9
50–59 år	84,5	81,0–88,0	85,3	84,6–86,1	-0,8
60 år og eldre	89,7	87,2–92,2	86,6	86,1–87,1	3,1
Høyere utdanning					
Nei	70,1	67,3–73,0	78,5	77,7–79,3	-8,4
Ja	78,0	76,5–79,5	83,0	82,6–83,4	-5
Sivilstatus					
Gift / samboer	78,3	76,5–80,0	82,9	82,4–83,3	-4,6
Kjæreste	72,2	67,7–76,7	80,6	79,2–82,1	-8,4
Annet	73,9	71,6–76,2	80,2	79,4–80,9	-6,3
Bydel					
Indre by øst	75,7	73,5–77,8	81,5	80,7–82,3	-5,8
Indre by vest	74,9	71,6–78,2	81,8	80,7–82,9	-6,9
Ytre by vest	75,4	71,6–79,2	83,0	82,2–83,7	-7,6
Ytre by øst	76,0	73,1–78,9	81,5	80,7–82,2	-5,5
Ytre by sør	76,8	72,6–81,0	81,6	80,8–82,5	-4,8
Fødeland					
Norge	76,4	74,8–78,0	82,8	82,3–83,2	-6,4
Landgruppe 1	75,1	71,4–78,8	80,0	78,9–81,2	-4,9
Landgruppe 2	73,4	69,7–77,1	79,0	78,0–81,3	-5,6
Funksjonshindring					
Nei	78,2	76,8–79,6	83,3	82,9–83,7	-5,1
Ja	63,3	59,6–67,0	69,1	67,6–70,6	-5,8

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-14. Andel med høy grad av ensomhet blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Oslo, 2024. Vektete og aldersjusterte tall.

	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	25	22-27	16	15-16	9
Aldersgrupper [#]					
18-29 år	34	30-39	21	19-22	13
30-39 år	27	23-32	20	19-21	7
40-49 år	26	20-33	17	15-18	9
50-59 år	19	13-25	12	11-13	7
60 år og eldre	6	2-10	7	7-8	-1
Høyere utdanning					
Nei	36	31-41	21	19-22	15
Ja	24	21-26	14	13-14	10
Sivilstatus					
Gift / samboer	16	13-20	10	9-10	6
Kjæreste	30	22-37	15	13-17	15
Annet	38	34-43	27	25-28	11
Bydel					
Indre by øst	26	22-30	16	14-17	10
Indre by vest	31	24-37	15	13-17	16
Ytre by vest	28	21-35	12	11-13	16
Ytre by øst	29	24-34	18	17-20	11
Ytre by sør	22	15-29	16	14-17	6
Fødeland					
Norge	24	21-27	13	12-13	11
Landgruppe 1	35	28-43	21	19-23	14
Landgruppe 2	33	27-40	25	23-26	8
Funksjonshindring					
Nei	22	20-25	13	12-13	9
Ja	51	44-57	41	39-44	10

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-15. Andel med høy sosial støtte blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Oslo, 2024. Vektete og aldersjusterte tall.

	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	22	20–25	27	26–27	-5
Aldersgrupper [#]					
18–29 år	21	17–25	26	24–28	-5
30–39 år	23	19–28	27	25–28	-4
40–49 år	24	19–30	28	26–29	-4
50–59 år	25	18–31	29	27–31	-4
60 år og eldre	21	15–28	24	23–26	-3
Høyere utdanning					
Nei	17	13–21	19	18–20	-2
Ja	25	22–28	29	28–30	-4
Sivilstatus					
Gift / samboer	25	22–29	30	29–31	-5
Kjæreste	22	15–28	27	24–29	-5
Annet	20	16–23	20	18–21	0
Bydel					
Indre by øst	23	19–27	26	24–27	-3
Indre by vest	20	15–25	25	23–27	-5
Ytre by vest	27	21–34	32	31–34	-5
Ytre by øst	16	12–21	22	20–23	-6
Ytre by sør	26	19–33	27	26–29	-1
Fødeland					
Norge	27	24–30	32	31–32	-5
Landgruppe 1	21	15–27	18	16–19	3
Landgruppe 2	7	4–10	10	8–11	-3
Funksjonshindring					
Nei	25	22–27	28	27–29	-3
Ja	12	8–16	12	10–14	0

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-16. Andel som rapporterer lav tillit til andre, etter ulike kjennetegn. Oslo. 2024.
Vektete og aldersjusterte tall.

	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	33	30-36	31	30-32	2
Aldersgrupper [#]					
18-29 år	37	32-41	35	33-37	2
30-39 år	36	31-41	33	31-35	3
40-49 år	37	30-43	33	31-35	4
50-59 år	30	23-38	29	27-30	1
60 år og eldre	24	17-31	24	23-25	0
Høyere utdanning					
Nei	47	42-52	45	43-46	2
Ja	29	26-32	26	25-27	3
Sivilstatus					
Gift / samboer	29	25-33	27	26-28	2
Kjæreste	38	30-46	33	30-36	5
Annet	40	36-44	37	36-39	3
Bydel					
Indre by øst	31	27-35	28	26-29	3
Indre by vest	39	32-45	29	27-31	10
Ytre by vest	31	24-37	26	24-28	5
Ytre by øst	43	37-48	41	39-42	2
Ytre by sør	34	26-42	31	29-32	3
Fødeland					
Norge	30	27-33	25	24-26	5
Landgruppe 1	38	31-46	39	37-41	-1
Landgruppe 2	50	43-57	51	48-53	-1
Funksjonshindring					
Nei	30	27-33	28	27-29	2
Ja	57	51-64	55	52-57	2

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-17. Andel som rapporterer høy tillit til andre blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall.

	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	40	37-42	43	43-44	-3
Aldersgrupper [#]					
18-29 år	34	29-38	38	36-40	-4
30-39 år	34	29-38	40	38-42	-6
40-49 år	39	32-45	41	39-43	-2
50-59 år	46	39-54	47	45-49	-1
60 år og eldre	52	44-60	52	51-54	0
Høyere utdanning					
Nei	28	24-33	32	30-33	-4
Ja	41	38-45	48	47-49	-7
Sivilstatus					
Gift / samboer	42	38-46	47	46-48	-5
Kjæreste	39	32-47	42	39-45	-3
Annet	32	28-36	37	35-38	-5
Bydel					
Indre by øst	40	36-44	46	44-47	-6
Indre by vest	39	33-45	46	43-48	-7
Ytre by vest	38	31-45	49	47-50	-11
Ytre by øst	27	22-33	34	32-35	-7
Ytre by sør	40	32-48	44	42-45	-4
Fødeland					
Norge	42	39-46	49	48-50	-7
Landgruppe 1	33	26-39	35	33-37	-2
Landgruppe 2	22	17-27	25	23-27	-3
Funksjonshindring					
Nei	41	38-44	46	45-46	-5
Ja	21	16-26	25	23-27	-4

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-18. Andel som rapporterer lav trygghet i nærmiljøet blant lhb+- og ikke-lhb+- personer, etter ulike kjennetegn. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall.

	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	15	13-17	11	10-11	4
Aldersgrupper [#]					
18-29 år	20	16-24	15	13-16	5
30-39 år	14	11-18	10	9-11	4
40-49 år	11	7-16	10	9-11	1
50-59 år	12	7-18	10	8-11	2
60 år og eldre	12	7-17	8	7-8	4
Høyere utdanning					
Nei	22	18-27	16	15-17	6
Ja	13	11-15	9	8-9	4
Sivilstatus					
Gift / samboer	14	11-17	9	9-10	5
Kjæreste	19	12-26	12	10-14	7
Annet	17	14-20	12	11-13	5
Bydel					
Indre by øst	15	12-18	11	10-12	4
Indre by vest	19	13-24	10	8-11	9
ytre by vest	10	5-14	5	5-6	5
ytre by øst	23	18-28	16	14-17	7
ytre by sør	9	5-14	10	9-11	-1
Fødeland					
Norge	15	12-17	10	9-10	5
Landgruppe 1	13	8-18	13	12-15	0
Landgruppe 2	22	16-28	13	11-14	9
Funksjonshindring					
Nei	13	11-15	9	9-10	4
Ja	30	23-36	23	21-25	7

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-19. Andel som rapporterer høy trygghet i nærmiljøet blant lhb+- og ikke-lhb+- personer, etter ulike kjennetegn. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall.

	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	69	67-72	73	73-74	-4
Aldersgrupper [#]					
18-29 år	60	56-65	65	63-67	-5
30-39 år	70	65-75	72	71-74	-2
40-49 år	67	60-73	75	73-76	-8
50-59 år	75	69-82	78	76-79	-3
60 år og eldre	76	69-83	80	78-81	-4
Høyere utdanning					
Nei	61	56-67	67	65-68	-6
Ja	69	66-72	76	75-77	-7
Sivilstatus					
Gift / samboer	69	66-73	75	74-76	-6
Kjæreste	62	54-70	73	70-75	-11
Annet	65	61-69	71	69-72	-6
Bydel					
Indre by øst	62	58-66	69	67-70	-7
Indre by vest	68	62-74	76	74-78	-8
ytre by vest	79	73-86	85	83-86	-6
ytre by øst	58	52-64	65	63-66	-7
ytre by sør	75	68-82	75	73-76	0
Fødeland					
Norge	67	64-70	75	74-76	-8
Landgruppe 1	69	62-75	70	68-72	-1
Landgruppe 2	64	58-71	71	69-73	-7
Funksjonshindring					
Nei	70	68-73	75	74-76	-5
Ja	49	43-56	59	56-61	-10

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-20. Andel som rapporterer å være i arbeid blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Innbyggere 26 til 66 år. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall.

	Lhb+ (n = 1 250)		Ikke-lhb+ (n = 13 624)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	79	76–81	85	85–86	-6
Aldersgrupper [#]					
26–29 år	71	64–77	82	80–84	-11
30–39 år	82	78–86	88	87–89	-6
40–49 år	84	79–89	89	88–90	-5
50–59 år	90	85–95	88	86–89	2
60–66 år	62	51–73	70	67–72	-8
Høyere utdanning					
Nei	67	61–73	75	73–77	-8
Ja	83	81–86	88	87–89	-5
Sivilstatus					
Gift / samboer	84	80–87	88	87–89	-4
Kjæreste	78	69–86	85	83–88	-7
Annet	74	69–78	78	77–80	-4
Bydel					
Indre by øst	81	77–85	86	84–87	-5
Indre by vest	78	71–84	86	85–88	-8
ytre by vest	78	71–86	89	87–90	-11
ytre by øst	78	73–83	81	80–83	-3
ytre by sør	79	72–87	84	82–85	-5
Fødeland					
Norge	81	78–84	88	87–88	-7
Landgruppe 1	81	75–88	88	87–90	-7
Landgruppe 2	73	67–79	73	71–75	0
Funksjonshindring					
Nei	81	79–84	87	86–88	-6
Ja	69	62–77	68	65–71	1

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-21. Andel som opplever økonomisk situasjonen som vanskelig blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall.

	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	38	35-40	33	33-34	5
Aldersgrupper [#]					
18-29 år	48	43-52	40	38-42	8
30-39 år	45	39-50	37	35-39	8
40-49 år	40	33-46	38	36-40	2
50-59 år	25	18-32	31	30-33	-6
60 år og eldre	20	13-26	20	18-21	0
Høyere utdanning					
Nei	55	49-60	46	45-48	9
Ja	35	32-38	28	28-29	7
Sivilstatus					
Gift / samboer	30	26-34	26	25-27	4
Kjæreste	49	41-57	44	41-47	5
Annet	50	46-54	44	42-45	6
Bydel					
Indre by øst	38	33-42	31	29-33	7
Indre by vest	45	39-52	33	31-35	12
ytre by vest	33	26-40	28	27-29	5
ytre by øst	46	40-51	41	39-42	5
ytre by sør	47	39-55	33	32-35	14
Fødeland					
Norge	35	32-39	27	26-28	8
Landgruppe 1	42	35-50	37	35-40	5
Landgruppe 2	61	55-68	59	57-61	2
Funksjonshindring					
Nei	36	33-39	30	29-31	6
Ja	62	56-69	59	57-62	3

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-22. Andel som rapporterer at de klarer en uforutsett utgift på inntil 20 000 kroner blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Oslo, 2024. Vektete og aldersjusterte tall.

	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Andel	95% KI	Andel	95% KI	
Totalt	49	47-52	44	43-44	5
Aldersgrupper [#]					
18-29 år	61	57-66	54	52-56	7
30-39 år	53	47-58	45	43-47	8
40-49 år	51	44-57	44	42-46	7
50-59 år	39	31-46	41	39-43	-2
60 år og eldre	35	28-43	33	31-34	2
Høyere utdanning					
Nei	60	54-65	55	53-56	5
Ja	50	47-53	39	38-40	11
Sivilstatus					
Gift / samboer	45	41-49	37	36-38	8
Kjæreste	61	53-68	54	51-57	7
Annet	59	54-63	53	51-54	6
Bydel					
Indre by øst	53	48-57	43	41-44	10
Indre by vest	58	51-64	45	42-47	13
ytre by vest	45	37-52	35	33-37	10
ytre by øst	54	48-60	50	49-52	4
ytre by sør	53	44-61	44	43-46	9
Fødeland					
Norge	48	45-51	37	37-38	11
Landgruppe 1	58	51-65	50	47-52	8
Landgruppe 2	67	61-74	65	63-67	2
Funksjonshindring					
Nei	50	47-53	41	40-42	9
Ja	66	60-72	60	58-63	6

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-23. Gjennomsnittlig antall boligutfordringer blant lhb+- og ikke-lhb+-personer, etter ulike kjennetegn. Oslo. 2024. Vektete og aldersjusterte tall.

	Lhb+ (n = 1 753)		Ikke-lhb+ (n = 19 118)		Forskjell
	Gjennomsnitt	95% KI	Gjennomsnitt	95% KI	
Totalt	1,0	0,9–1,0	0,8	0,8–0,8	0,2
Aldersgrupper [#]					
18–29 år	1,3	1,2–1,4	1,1	1,0–1,1	0,2
30–39 år	1,2	1,1–1,3	1,0	1,0–1,0	0,2
40–49 år	1,0	0,8–1,1	0,9	0,8–0,9	0,1
50–59 år	0,7	0,5–0,8	0,6	0,6–0,6	0,1
60 år og eldre	0,4	0,3–0,5	0,4	0,3–0,4	0,0
Høyere utdanning					
Nei	1,2	1,1–1,4	0,9	0,8–0,9	0,4
Ja	1,0	0,9–1,1	0,8	0,7–0,8	0,3
Sivilstatus					
Gift / samboer	1,0	0,9–1,1	0,7	0,7–0,7	0,3
Kjæreste	1,2	1,0–1,4	0,9	0,8–1,0	0,3
Annet	1,2	1,1–1,3	0,9	0,8–0,9	0,3
Bydel					
Indre by øst	1,1	1,0–1,2	0,9	0,9–1,0	0,2
Indre by vest	1,3	1,1–1,5	1,0	0,9–1,0	0,3
ytre by vest	0,9	0,7–1,1	0,6	0,6–0,7	0,3
ytre by øst	1,0	0,8–1,1	0,7	0,7–0,8	0,2
ytre by sør	1,0	0,8–1,2	0,6	0,6–0,7	0,4
Fødeland					
Norge	1,0	0,9–1,1	0,7	0,7–0,7	0,3
Landgruppe 1	1,1	0,9–1,3	0,9	0,9–1,0	0,2
Landgruppe 2	1,4	1,2–1,6	1,0	0,9–1,0	0,4
Funksjonshindring					
Nei	1,0	0,9–1,1	0,7	0,7–0,7	0,3
Ja	1,6	1,4–1,8	1,2	1,1–1,3	0,4

Fotnote: KI: konfidensintervall. Landgruppe 1 inkluderer Norden, EU-land, EFTA utenom EU, USA, Canada, New Zealand og Australia. Landgruppe 2 inkluderer Europa utenom EU, Asia, Afrika og Amerika utenom USA og Canada.; Gruppen «Annet» på sivilstatus inkluderer de som oppgir å være enslige og enke og enkemenn; #: kun vektete og ujusterte tall.

Tabell 11-24. Ujusterte og justerte regresjonsanalyser på faktorer som har sammenheng med dårlig egenvurdert helse

Faktorer		Prevalens (95 % Konfidensintervaller)	
		Ujustert	Justert [#]
Psykiske helsetjenester	Udekket behov	22 (16–28)	20 (14–25)
	Ikke udekket behov	15 (12–17)	15 (13–17)
Tannhelsetjenester	Udekket behov	28 (20–35)	23 (16–29)
	Ikke udekket behov	14 (12–17)	15 (13–17)
Helsekompetanse	Første kvartil	30 (24–37)	27 (21–32)
	Andre kvartil	21 (16–25)	20 (15–24)
	Tredje kvartil	13 (9–17)	14 (10–18)
	Fjerde kvartil	6 (3–8)	8 (6–11)
Ensomhet	Lav	6 (4–8)	8 (5–10)
	Moderat	12 (9–15)	13 (10–16)
	Høy	36 (30–41)	32 (27–37)
Sosial støtte	Lav	31 (26–36)	29 (24–34)
	Moderat	12 (9–14)	12 (10–15)
	Høy	7 (4–10)	8 (4–11)
Tillit til andre	Lav	25 (21–29)	22 (18–26)
	Moderat	13 (10–17)	14 (11–18)
	Høy	10 (7–13)	12 (9–15)

Tabell 11-24. Fortsetter.

Trygghet i nærmiljøet	Lav	30 (24–35)	25 (19–31)
	Moderat	20 (14–25)	19 (14–24)
	Høy	12 (10–14)	13 (11–15)
Arbeidssituasjon	I arbeid	11 (9–13)	12 (9–14)
	Utenfor arbeid	53 (43–63)	47 (38–57)
	Pensjonist	20 (4–36)	26 (10–43)
	Student / elev	23 (14–32)	20 (12–28)
Opplevd økonomisk situasjon	Svært vanskelig / vanskelig	35 (29–42)	31 (25–37)
	Forholdsvis vanskelig	19 (14–23)	19 (14–23)
	Forholdsvis lett	13 (9–17)	14 (10–17)
	Svært lett / lett	7 (4–9)	8 (6–11)
Uforutsette utgifter	Inntil 5 000	24 (20–29)	21 (17–26)
	Inntil 20 000	15 (11–19)	16 (12–20)
	Inntil 100 000	14 (10–18)	15 (11–19)
	100 000 eller mer	8 (5–11)	9 (6–13)
Boligutfordringer	Ingen	10 (8–13)	11 (9–14)
	1–2	17 (14–20)	17 (14–20)
	3–5	31 (24–39)	27 (20–34)

Fotnote. #: analyser justert for alder, kjønn, utdanning, sivilstatus, innvandrerbakgrunn, funksjonshindring og byområder.

Tabell 11-25. Ujusterte og justerte regresjonsanalyser på faktorer som har sammenheng med psykiske plager.

Faktorer		Prevalens (95 % Konfidensintervaller)	
		Ujustert	Justert [#]
Psykiske helsetjenester	Udekket behov	74 (68–79)	67 (61–73)
	Ikke udekket behov	35 (32–38)	36 (34–39)
Tannhelsetjenester	Udekket behov	64 (56–71)	53 (46–60)
	Ikke udekket behov	39 (36–42)	41 (38–44)
Helsekompetanse	Første kvartil	73 (66–79)	64 (57–70)
	Andre kvartil	54 (48–60)	50 (45–56)
	Tredje kvartil	32 (27–37)	35 (30–40)
	Fjerde kvartil	19 (14–23)	26 (21–31)
Ensomhet	Lav	17 (14–21)	22 (18–25)
	Moderat	42 (38–47)	43 (38–47)
	Høy	80 (75–84)	73 (68–78)
Sosial støtte	Lav	64 (58–69)	59 (55–64)
	Moderat	40 (36–44)	41 (37–44)
	Høy	24 (19–29)	27 (23–32)
Tillit til andre	Lav	62 (57–67)	56 (52–61)
	Moderat	43 (38–48)	44 (39–49)
	Høy	25 (21–29)	30 (26–34)

Tabell 11-25. Fortsetter.

Trygghet i nærmiljøet	Lav	67 (61–74)	58 (52–65)
	Moderat	50 (44–56)	47 (42–53)
	Høy	35 (32–38)	38 (35–41)
Arbeidsstatus	I arbeid	37 (33–40)	38 (35–41)
	Utenfor arbeid	66 (56–76)	59 (50–68)
	Pensjonist	17 (3–31)	42 (29–55)
	Student / elev	49 (38–60)	37 (27–47)
Opplevd økonomisk situasjon	Svært vanskelig / vanskelig	71 (65–77)	61 (55–68)
	Forholdsvis vanskelig	52 (46–58)	49 (44–55)
	Forholdsvis lett	43 (37–48)	43 (38–48)
	Svært lett / lett	21 (17–25)	28 (24–32)
Uforutsette utgifter	Inntil 5 000	64 (59–69)	57 (52–62)
	Inntil 20 000	42 (38–48)	41 (36–46)
	Inntil 100 000	32 (27–38)	35 (30–41)
	100 000 eller mer	18 (14–23)	27 (22–32)
Boligutfordringer	Ingen	27 (23–31)	32 (29–36)
	1–2	49 (45–53)	47 (43–51)
	3–5	72 (65–78)	60 (53–67)

Fotnote. #: analyser justert for alder, kjønn, utdanning, sivilstatus, innvandrerbakgrunn, funksjonshindring og byområder.

Tabell 11-26. Ujusterte og justerte regresjonsanalyser på faktorer som har sammenheng med lav livstilfredshet.

Faktorer		Prevalens (95 % Konfidensintervaller)	
		Ujustert	Justert [#]
Psykiske helsetjenester	Udekket behov	50 (43–56)	47 (41–53)
	Ikke udekket behov	26 (23–29)	26 (24–29)
Tannhelsetjenester	Udekket behov	52 (44–59)	45 (38–52)
	Ikke udekket behov	27 (25–30)	28 (26–31)
Helsekompetanse	Første kvartil	52 (44–59)	48 (41–54)
	Andre kvartil	37 (31–43)	36 (31–42)
	Tredje kvartil	24 (20–29)	25 (21–30)
	Fjerde kvartil	12 (8–16)	14 (10–18)
Ensomhet	Lav	10 (7–12)	11 (8–14)
	Moderat	24 (20–28)	25 (21–28)
	Høy	69 (64–74)	66 (60–71)
Sosial støtte	Lav	57 (52–62)	54 (49–59)
	Moderat	24 (21–28)	25 (22–28)
	Høy	11 (8–15)	13 (9–17)
Tillit til andre	Lav	50 (45–54)	46 (31–50)
	Moderat	27 (22–31)	27 (23–32)
	Høy	16 (13–20)	19 (15–22)

Tabell 11-26. Fortsetter.

Trygghet i nærmiljøet	Lav	55 (48-62)	49 (42-55)
	Moderat	32 (26-38)	31 (25-37)
	Høy	25 (22-28)	26 (23-30)
Arbeidsstatus	I arbeid	26 (23-29)	27 (24-30)
	Utenfor arbeid	64 (54-74)	58 (48-67)
	Pensjonist	22 (6-38)	31 (15-47)
	Student / elev	37 (27-48)	34 (24-44)
Opplevd økonomisk situasjon	Svært vanskelig / vanskelig	58 (51-64)	53 (46-59)
	Forholdsvis vanskelig	39 (33-44)	38 (33-44)
	Forholdsvis lett	26 (21-31)	27 (22-32)
	Svært lett / lett	14 (11-18)	16 (13-20)
Uforutsette utgifter	Inntil 5 000	48 (43-54)	45 (40-50)
	Inntil 20 000	30 (25-35)	29 (25-34)
	Inntil 100 000	20 (15-25)	22 (17-27)
	100 000 eller mer	16 (12-20)	19 (14-23)
Boligutfordringer	Ingen	20 (16-24)	22 (18-25)
	1-2	34 (30-38)	34 (30-38)
	3-5	54 (46-62)	47 (40-55)

Fotnote. #: analyser justert for alder, kjønn, utdanning, sivilstatus, innvandrerbakgrunn, funksjonshindring og byområder